

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1884

THÈSE

N°

233

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 29 Mai 1884, à 1 heure

PAR PROSPER GENTILHOMME

Né à Redon (Ille-et-Vilaine), le 19 février 1847,
Médecin de 2^e classe de la marine.

CONTRIBUTION A L'HISTOIRE DE LA SIMULATION DANS LE SERVICE MILITAIRE

Président : M. PETER, professeur.
Juges : MM. { RICHET, professeur.
 { RICHELOT, DEBOVE, agrégés.

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses
parties de l'enseignement médical.*

PARIS

A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

A. DAVY, Successeur

52, RUE MADAME ET RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 14

1884

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen..... M. BÉCLARD.

Professeurs..... MM.

Anatomie.....	SAPPEY.
Physiologie.....	BÉCLARD.
Physique médicale.....	GAVARRET.
Chimie organique et chimie minérale.....	N.
Histoire naturelle médicale.....	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	{ PETER.
	{ DAMASCHINO.
Pathologie chirurgicale.....	{ GUYON.
	{ DUPLAY.
Anatomie pathologique.....	CORNIL.
Histologie.....	ROBIN.
Opérations et appareils.....	LE FORT.
Pharmacologie.....	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale.....	HAYEM.
Hygiène.....	BOUCHARDAT.
Médecine légale.....	BROUARDEL.
Accouchements, maladies des femmes en couche et des enfants nouveau-nés.....	N.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LABOULBÈNE
Pathologie comparée et expérimentale.....	VULPIAN.
	{ SEE (G.)
Clinique médicale.....	{ JACCOUD.
	{ HARDY.
	{ POTAIN.
Clinique des maladies des enfants.....	N.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	BALL.
Clinique des maladies syphilitiques.....	FOURNIER.
Clinique des maladies nerveuses.....	CHARCOT.
	{ RICHEL.
Clinique chirurgicale.....	{ GOSSELIN.
	{ VERNEUIL.
	{ TRELAT.
Clinique ophthalmologique.....	PANAS.
Clinique d'accouchements.....	PAJOT.

DOYENS HONORAIRES : M. VULPIAN.

Professeur honoraire :

M. DUMAS.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
BLANCHARD.	HALLOPEAU.	PEYROT.	RIBEMONT.
BOUILLY.	HANOT.	PINARD.	RICHELOT.
BUDIN.	HANRIOT.	POUCHET.	RICHEL.
CAMPENON.	HENNINGER.	QUINQUAUD.	ROBIN (Albert).
DEBOVE.	HUMBERT.	RAYMOND.	SEGOND.
FARABEUF, chef des travaux anatomiques.	HUTINEL.	RECLUS.	STRAUS.
GUÉBHARD.	JOFFROY.	REMY.	TERRILLON.
	KIRMISSON.	RENDU.	TROISIER.
	LANDOUZY.	REYNIER.	

Secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1789, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A M. LE DOCTEUR BERENGER-FÉRAUD

Directeur du Service de santé de la Marine,
Membre correspondant de l'Académie de médecine.

CONTRIBUTION A L'HISTOIRE
DE
LA SIMULATION
DANS LE SERVICE MILITAIRE

INTRODUCTION.

Ayant eu l'occasion de suivre, à l'hôpital maritime de Cherbourg, le service de M. le médecin en chef Béranger-Féraud, aujourd'hui directeur du service de santé de la marine au port de Lorient, il m'a été donné, dans un laps de temps assez court, de voir surgir sous mes yeux plusieurs exemples plus ou moins remarquables de maladies simulées.

Aidé par les conseils de ce maître éclairé, dont la bienveillante sollicitude m'a facilité l'accomplissement d'une

tâche rendue plus ardue par les charges d'un service à la mer, j'ai pu recueillir les observations originales qui constituent la base de mon travail; je me fais un devoir de lui témoigner ici toute ma reconnaissance : c'est à lui que je dois l'idée première et les matériaux fondamentaux de ma thèse inaugurale.

Depuis longtemps, du reste, l'attention de M. Béranger-Féraud avait été attirée vers ce sujet si intéressant, mais en même temps si difficile et l'idée d'une étude de ce genre avait déjà tenté l'activité infatigable de l'éminent praticien qui m'a pourtant, avec une générosité dont je ne saurais trop le remercier, abandonné des documents déjà recueillis depuis longtemps. Aussi je ne crois pas pouvoir mieux faire que de retracer ici, au début de mon travail, les lignes suivantes, écrites par mon savant maître en février 1883, en tête d'un compte rendu de l'ouvrage du D^r Derblich, sur les *Maladies simulées dans l'armée*, ouvrage traduit de l'allemand et annoté par le D^r Adrien Schmidt, médecin aide-major :

« Dans la vie civile, le rôle du médecin consiste tout entier, dans l'immense majorité des cas, à chercher le soulagement des maux nombreux qui affligent l'espèce humaine; dans la vie militaire, l'homme de l'art a plus à faire, car, placé comme un intermédiaire entre l'Etat et ses serviteurs, il est en réalité un expert remplissant la difficile mission de tenir la balance égale entre deux intérêts diamétralement opposés.

« En effet, d'une part, le médecin militaire, dans sa sollicitude naturelle pour la santé des hommes confiés à ses soins, cherche à leur rendre les obligations du service moins dures, moins dangereuses dans la limite du possible; mais, d'autre part aussi, un devoir professionnel au-

tant que patriotique lui commande péremptoirement de ne pas laisser frustrer l'Etat de l'appoint du service que lui doivent ses enfants.

« Il n'est pas de médecin de l'armée ou de la marine ayant siégé dans les conseils de révision, dans les commissions d'examen médical, ayant servi dans les salles d'hôpital où se trouvent les hommes dits *en observation*, qui ne sache combien ce dernier rôle est difficile ; car son esprit et sa conscience ont flotté trop souvent avec une pénible indécision entre la crainte d'infliger injustement à un malheureux des obligations au-dessus de ses forces, et celle de prêter maladroitement le concours d'une autorité médicale acceptée aveuglément par l'autorité militaire, à un imposteur qui cherche à tromper sa bonne foi. Aussi, tout travail fait sur les maladies simulées, sur les moyens de reconnaître l'*ivraie du bon grain*, qu'on me passe la figure, mérite *a priori* la sympathie des médecins militaires. »

DIVISION.

Dans une première partie, je voudrais donner une idée générale de la simulation dans le milieu spécial où j'observe depuis déjà de longues années, et avant d'individualiser par des exemples le tableau commun à tout un groupe d'hommes, je désire, dans un simple récit de ce que m'a mntoré une longue fréquentation des navires et des établissements hospitaliers de la marine, en France aussi bien qu'aux colonies, donner le résultat de ma pratique personnelle et de mes réflexions sur ce sujet si délicat.

Dans une seconde partie je relaterai quelques observations détaillées prises à l'hôpital maritime dans le service

de M. Bérenger-Féraud; une d'elles a été recueillie par M. Bellot, aide-médecin, et a déjà été publiée dans le numéro de février 1883 des *Archives de médecine navale*; une autre m'a été procurée par l'obligeance de mon excellent collègue M. le Dr Dollieule, médecin de première classe de la marine; toutes les autres constituent ma contribution personnelle à l'étude spéciale de la simulation dans le service militaire.

Enfin, dans une troisième partie, je résumerai sommairement les éléments de mon travail dans quelques conclusions.

PREMIÈRE PARTIE

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR LA SIMULATION

Nous n'avons pas l'intention, dans ce modeste travail, de faire l'historique de la simulation, historique qu'on trouvera magistralement traité dans le livre spécial de Boisseau et dans les articles des professeurs Tourdes et Laugier.

Nous ne rééditerons pas le récit des ruses du trop prudent Ulysse, qu'on cite comme le premier exemple d'un soldat plus brillant par son imagination que par son courage. Nous n'aurons, du reste, pas besoin d'interroger des annales si reculées pour prouver manifestement que la simulation est de tous les âges et qu'elle fait pour ainsi dire partie du bagage commun aux hommes de tous les temps.

Nous aurions plutôt des tendances à croire avec tous les auteurs qui ont traité de la matière, et en particulier avec Boisseau, que la simulation semble sinon disparaître, du moins se rencontrer beaucoup plus rarement. Dans tous les cas, un heureux changement est intervenu depuis les récits que nous ont laissés Percy et Laurent (1811) et Fodéré (1813), récits curieux quoique démodés, dans lesquels ils

ont retracé l'histoire pénible des luttes de la science contre les efforts désespérés tentés par les simulateurs pour se soustraire à la conscription du premier empire qui n'épargnait presque plus que les infirmes.

Nous ne voulons pas non plus traiter de la simulation en général, ni nous étendre sur toutes les formes de ce protégée insaisissable et sur tous les cas déjà énumérés et étudiés par d'autres plus compétents, dans lesquels l'homme essaie, par des ruses plus ou moins ingénieuses, d'échapper aux obligations sociales et aux charges légales.

C'est ainsi que nous laisserons de côté les applications de la simulation en matière civile, en matière criminelle et en matière administrative, pour nous en tenir exclusivement à ses applications dans le service militaire.

Notre tâche sera plus restreinte, moins générale, mieux définie, prêtant moins aux développements, mais présentant un intérêt plus spécial.

On voudra bien nous pardonner toutefois si, dans le cours de cette étude, nous faisons de temps en temps appel à nos souvenirs de l'hôpital du Pénitencier Dépôt de l'île Nou, où nous avons exercé nos fonctions de médecin pendant un séjour de près de trois années que nous avons fait en Nouvelle-Calédonie.

Comme nous le disions en traçant le plan de notre travail, nous nous cantonnerons donc dans le domaine des faits bien constatés par nous-même à l'hôpital où nous avons fait du service sous les yeux d'un chef d'une expérience consommée. Nous pourrons peut-être rendre ainsi quelques services à nos collègues de l'armée de terre et de la marine en leur exposant le résultat de nos observations. En un mot, nous essaierons de contribuer au progrès

qu'annonçait le professeur Tourdes dans son savant article sur la simulation, progrès qui doit s'attendre, d'après lui, de l'examen isolé et approfondi des cas spéciaux avec l'application au diagnostic de tous les procédés nouveaux dont la science dispose.

DU ROLE DU MÉDECIN MILITAIRE DANS LA SIMULATION.

Quoique les principes sur lesquels doit se baser le médecin militaire dans ces circonstances souvent très délicates aient été fixés déjà d'une manière sûre et précise, nous considérons cependant comme indispensable de les rappeler en quelques mots.

On n'a peut-être pas suffisamment insisté jusqu'à présent sur le double devoir du médecin militaire qui consiste d'une part à assurer au soldat le triste bénéfice de son infirmité bien et dûment constatée, et d'autre part à défendre les intérêts de l'Etat qui ne doivent pas plus être lésés que les intérêts du soldat, et qui sont placés, les uns aussi bien que les autres, sous la sauvegarde de sa responsabilité.

C'est précisément là-dessus qu'insiste M. Bérenger-Féraud dans le passage que nous avons cité plus haut.

Il est, en effet, d'une haute importance que le médecin militaire n'oublie jamais cette double face de son rôle : autant à l'égard du simulateur il doit conserver son privilège de demeurer toujours l'ami de l'humanité et ne jamais employer de moyens disciplinaires violents tels que le cachot et la diète absolue, autant devant l'autorité dont il est l'agent et envers laquelle il est responsable, il doit se rappeler qu'il a charge de contrôler la véracité des faits

allégués, et qu'il serait inconsciemment complice dans la réussite des fraudes qui permettraient à certains hommes d'échapper aux obligations du service militaire en diminuant ainsi d'autant les effectifs.

DIFFICULTÉS DU RÔLE DU MÉDECIN. — QUELQUES EXEMPLES.

Ce n'est qu'à la suite de longues et délicates épreuves que le médecin militaire est rompu à cette pratique qui n'est toujours et partout qu'une question de diagnostic différentiel médical et chirurgical. Il faut interroger des confrères versés depuis longtemps dans la connaissance de tous ces moyens pour apprendre à connaître les faits les plus étranges et comprendre la difficulté de les découvrir. Il n'est pas jusqu'au thermomètre lui-même dont on ne doive se défier; témoin cette curieuse observation publiée par Sallerbeck dans la *Berlin. Klin.* 1878, et reproduite par le D^r Derblich dans son livre sur les Maladies simulées et par le D^r Zuber dans sa récente brochure sur les Maladies simulées dans l'armée moderne (1883); elle a été relatée également dans la *Revue des sciences médicales* du 15 juillet 1878, ainsi que dans la *Revue de médecine et de chirurgie militaires* de février 1882. Il s'agit, dans cette observation intéressante, d'une femme qui se procurait le témoignage thermométrique d'un mouvement fébrile en frottant énergiquement la boule du thermomètre contre son gilet de flanelle quelques instants avant la visite du médecin.

Cette femme arrivait ainsi à présenter des températures de 40 et même 42 degrés; c'est précisément l'exagération de cette température qui fit découvrir le subterfuge

assurément plus insidieux et plus difficile à démasquer que celui dont usait la vieille névopathe de S. Mackensie, à Guy's Hospital, laquelle avait imaginé de chauffer à la lampe le réservoir du thermomètre à maxima qui lui avait été confié.

A ce sujet, nous nous sommes livré sur nous-même et sur plusieurs hommes de bonne volonté à quelques expériences consistant dans l'observation minutieuse et méthodique de la température axillaire à la suite de contractions violentes et de positions variées mettant en jeu des groupes de muscles plus ou moins nombreux. Ces observations, assez délicates à faire en raison de la fragilité de l'instrument, ne nous ont pas donné de résultats bien probants. Mais ce que nous avons parfaitement constaté, c'est la rapidité avec lesquelles la colonne de mercure s'élève sous l'influence d'un simple frottement de la boule du thermomètre contre un morceau de flanelle ou de laine. On obtient ainsi, en quelques secondes, une ascension considérable de l'instrument qui ne retombe qu'au bout d'un certain temps au niveau du chiffre normal. Ces faits prouvent que les hommes dans leur lit, même étant surveillés, peuvent faire monter frauduleusement le thermomètre, et comme la thermoscopie est une des bases considérées jusqu'à présent comme le plus sûr moyen de contrôle des allégations des malades, nous avons voulu diminuer un peu la confiance qu'on a généralement dans ce mode de recherche au point de vue de la simulation. Certains individus, dit Boisseau, sont assez osés pour chercher à imiter l'accès fébrile lui-même; s'il en était besoin, le thermomètre viendrait lever tous les doutes. » On voit qu'il n'en est pas absolument ainsi. Cependant si, l'on avait quelque soupçon de fraude, il serait bien simple de consacrer une

dizaine de minutes à observer soi-même le thermomètre attentivement ; de cette façon le simulateur serait vite démasqué.

Une des maladies les plus exploitées par les marins à bord des bâtiments en cours de campagne est l'héméralopie. C'est une tradition généralement admise par les matelots que l'héméralopie est une maladie des latitudes sous-équatoriales et qu'on ne la rencontre jamais dans d'autres parages. Aussi, à peine a-t-on passé l'Équateur qu'on voit les cas de cécité nocturne se multiplier à la visite. Un de nos collègues, après avoir employé les divers traitements ordinairement usités en pareil cas, sans en obtenir d'amélioration, eut l'idée, dans une traversée où son bâtiment faisait une courbe au-dessous de la ligne pour remonter ensuite dans les latitudes sus-équatoriales, de paraître admettre complètement la maladie de ses hommes en leur affirmant qu'elle serait fatalement guérie dès qu'on aurait repassé la Ligne pour revenir dans l'hémisphère Nord. Quelques jours après, en effet, on coupait de nouveau l'Equateur et la plupart des soi-disant héméralopes, tombant dans le piège que leur avait tendu le médecin-major, se déclarèrent aussitôt guéris, prouvant par cela même leur imposture.

Il me souvient à ce propos que lors de mon arrivée au Bagne de l'île Nou, l'héméralopie était invoquée par la presque totalité des condamnés de la quatrième classe et des hommes internés dans les cellules ; la difficulté du contrôle enhardissait les simulateurs et favorisait la fraude. Ces hommes, les plus mauvais sujets du Pénitencier, avaient pour régime alimentaire une ration réduite ne comportant en particulier ni vin, ni eau-de-vie, ni café ; or, ils avaient fort bien remarqué qu'un de mes prédéces-

seurs, attribuant l'héméralopie à l'anémie des pays chauds, prescrivait pour la combattre un régime tonique composé de viande crue, huile de foie de morue, vin de quina, etc.; et c'était pour obtenir le bénéfice de ce fameux régime que tout le monde simulait l'héméralopie en masse. Un peu plus de discrétion dans la distribution du régime en question et la mise en usage d'un traitement où l'occlusion des yeux jouait le plus grand rôle, firent diminuer rapidement le nombre des faux héméralopes.

L'amaurose et l'amblyopie sont aussi des maladies alléguées à chaque instant comme causes d'exemption du service militaire. Pour tout ce qui concerne ces affections de l'organe essentiel de la vision, je ne puis mieux faire que de renvoyer à la brochure du Dr Beaudry, médecin-oculiste du bureau de bienfaisance de Lille, brochure qui traite de la simulation de l'amaurose et de l'amblyopie, ainsi que des principaux moyens de diagnostiquer ces deux maladies. Je ne suivrai pas ici l'auteur dans tous les détails qu'il donne sur la question, mais je ne puis m'empêcher de citer le passage suivant qui me paraît être d'une utilité incontestable au point de vue professionnel et qui résume, à mon avis, la pratique des observateurs les plus expérimentés sur cette partie de la science : « Très rarement, dit le Dr Beaudry, le simulateur poussera l'audace ou la naïveté jusqu'à accuser la perte subite et absolue de la vision. Il faudrait au service de l'imposteur une habileté bien exceptionnelle pour se composer tout à coup l'attitude et la démarche classiques de l'aveugle qui s'avance tout d'une pièce, le pied hésitant, les mains portées en avant, la face impassible, le regard terne, les yeux levés au ciel, et les paupières immobiles en face d'une vive lumière ou d'un objet dont on menace de lui frapper les yeux. Si

l'examen objectif, puis l'examen fonctionnel méthodiquement pratiqués ne nous ont rien révélé d'anormal et si le sujet est intéressé à nous tromper, le doute s'impose.

Les signes fournis par l'ouverture pupillaire et le jeu de l'iris sont des plus importants. Les deux pupilles restent-elles dilatées et immobiles à l'arrivée subite d'un flot de lumière? La cécité est possible et, pour mieux nous renseigner, nous poserons au plaignant la question suivante : A quelle époque remonte la perte absolue de la vision? S'il nous répond qu'il est aveugle depuis longtemps, cette situation est de notoriété publique dans l'entourage du sujet et nous devons trouver des lésions ophtalmoscopiques très nettes. Si au contraire la cécité est de date récente, et si son apparition a été subite, elle peut exceptionnellement ne se révéler par aucun signe matériel ; mais dans ce cas nous demanderons du temps pour nous prononcer. Quelques mois après, plus tardivement encore, s'il s'agit d'une lésion de nutrition générale, nous pourrions porter sûrement notre diagnostic. Il est bien plus commode au simulateur de déclarer à l'expert qu'il possède assez de vision pour se conduire, mais aussi bien plus difficile au médecin de décider dans ce cas si l'amblyopie est réelle ou simulée, ou bien *exagérée*. C'est à force de ruse et de patience que nous pouvons surprendre le sujet dans des déclarations contradictoires, et encore notre jugement ne sera-t-il jamais formulé avec une certitude absolue. »

Puisque j'ai abordé la question des affections oculaires, je n'abandonnerai pas ce sujet sans dire un mot des conjonctivites qui ont régné d'une façon épidémique à bord du vaisseau Ecole des mousses, l'*Inflexible*, et à l'institution pupilles de la marine, à Brest, il y a quelques années. C'est par centaines que l'on comptait les enfants malades

à la visite chaque matin, et on avait même été obligé d'établir pour eux un service spécial à l'hôpital maritime. Je sais bien que la conjonctivite sévissant au milieu de sujets pour la plupart lymphatiques, sinon scrofuleux, pouvait devenir rapidement et tout naturellement contagieuse, mais je sais aussi que beaucoup de pupilles ou de mousses provoquaient à dessein la maladie pour obtenir le bénéfice d'une exemption de service ou d'un séjour plus ou moins prolongé à l'hôpital. Je sais pertinemment, en particulier, qu'un grand nombre de ces enfants amenaient volontairement chez eux l'inflammation des conjonctives au moyen de l'injection de substances irritantes diverses et notamment par l'instillation dans l'œil du jus de tabac à chiquer. Le traitement par l'occlusion complète des deux yeux et un régime sévère amenaient du reste presque toujours une guérison rapide et complète.

Un travail curieux sur les maladies simulées ou provoquées est la thèse de notre collègue, E. Benoît, médecin de 2^e classe de la marine; on y voit les faits les plus bizarres contrôlés par des expériences faites sur des sujets de bonne volonté. C'est à la sagacité de ce confrère qu'on doit la découverte de la simulation de l'ictère par l'absorption cutanée des vapeurs de safran, ou par l'absorption respiratoire de la fumée de cigares macérés dans l'huile de coco. Les expériences du Dr Benoît ont prouvé que pour produire la coloration jaune de l'ictère dans ces conditions, il est nécessaire de faire dissoudre une petite quantité de phosphore dans l'huile employée à l'imbibition du tabac. On obtient ainsi une teinte très franchement ictérique des téguments et des muqueuses. Toutefois il n'y a pas de décoloration des selles qui sont diarrhéiques à l'inverse de ce que l'on observe dans l'ictère véritable; il n'y a pas non

plus trace de pigment biliaire dans les urines. Ne faut-il pas voir, ajoute l'auteur, dans cette coloration jaune des surfaces cutanée et muqueuse un symptôme de début de l'intoxication thérapeutique par le phosphore ? Et l'huile de coco n'est-elle pas l'excipient approprié pour amener l'absorption facile du métalloïde ainsi dissous.

Mais toutes ces observations ont été faites au bagne, dans les pénitenciers de la Nouvelle-Calédonie, et ce milieu dans lequel le D^r Benoit a fait ses curieuses recherches, et dans lequel nous avons observé nous-même pendant plusieurs années, est heureusement bien différent de celui dans lequel nous avons recueilli les documents qui font la base de la présente étude. Le bagne ne peut avoir d'analogie dans l'armée, au point de vue du sujet qui nous occupe ici, qu'avec le groupe des condamnés militaires, bataillons d'Afrique, travaux publics, compagnies de discipline, etc., dont les traditions de simulation doivent être bien connues des médecins militaires et forment un véritable Code appelé par les initiés du nom typique de « Catéchisme de maquillage ». Je ne veux pas dire qu'on ne rencontre pas de rusés simulateurs parmi les soldats et les marins ; mais ces hommes, honnêtes au fond et sur le moral desquels on peut toujours agir avec une certaine autorité, sont bien loin d'avoir l'audace et l'aplomb des clients habituels des infirmeries pénitentiaires, gens tarés et flétris autant par le séjour du bagne que par les crimes qui les y ont amenés.

DISTINCTION A ÉTABLIR ENTRE LES SIMULATEURS.

Il y a une distinction très nettement tranchée à établir entre les jeunes recrues qui cherchent à se faire déclarer

impropres au service, ou à se faire réformer très peu de temps après leur arrivée au corps, et les soldats en cours de service qui veulent éviter une corvée pénible, ou qui désirent venir faire à l'hôpital un séjour plus ou moins prolongé. Cette distinction est, du reste, consacrée par la législation militaire, qui punit d'un mois d'emprisonnement à un an les jeunes gens appelés à faire partie du contingent, qui seraient prévenus et convaincus de s'être rendus impropres au service militaire, soit temporairement, soit d'une manière permanente, tandis que le simulateur déjà incorporé ne tombe pas sous la pénalité du Code et n'est passible que de peines disciplinaires infligées par le chef de corps. Nous distinguerons donc deux catégories de simulateurs :

1° Recrues aspirant à la réforme.

2° Paresseux de casernes ou de bateaux.

1° *Recrues aspirant à la réforme.* — Dans cette première catégorie, qui est celle dont Boisseau s'est le plus occupé, parce qu'elle est la plus nombreuse, qu'elle présente le plus grand intérêt pour le médecin chargé de contrôler le recrutement, et qu'elle engage le plus sa responsabilité, on rencontre des cas de simulation en rapport avec les professions, le caractère, le degré d'instruction, la provenance et le pays d'origine des hommes.

A ce point de vue, les jeunes gens appelés à constituer les contingents annuels peuvent être répartis en deux groupes principaux : les Paysans et les Citadins. Jetons un coup d'œil rapide sur chacune de ces deux grandes divisions.

A. *Paysans.* — Comme les gens de la campagne sont les plus nombreux, on voit chaque année réapparaître toutes les maladies ou infirmités traditionnelles, qui, pour

être simulées, n'exigent que l'inertie et la persévérance, à savoir : la surdi-mutité, le bégaiement, l'aphonie, la cécité, les paralysies, simulations généralement naïves, faciles à surprendre, sans avoir recours à des procédés d'investigation scientifique bien raffinés, mais dont on vient ordinairement à bout, en s'armant d'une patience à toute épreuve. C'est ainsi qu'au moment où nous faisons notre travail, mars 1884, on rencontre dans les différents services de l'hôpital de Cherbourg, un certain nombre de sourds, bègues, aphones, amblyopiques ou amaurotiques qui, peu à peu, désarmés et vaincus par de patientes et consciencieuses observations, sortiront bientôt de l'hôpital et iront reprendre leur service au régiment ou à bord de leur navire, après avoir, pour la plupart, confessé leur faute. Notons en passant, que les douches froides en hiver produisent souvent des effets merveilleux sur les paysans, peu habitués en général aux exercices hydrothérapiques. C'est ainsi que nous avons vu récemment s'effectuer la guérison remarquable d'un normand aphone, qui avait su résister à toutes les tentatives faites pour le surprendre en flagrant délit d'élocution et qui se décida à parler très facilement à la suite d'une douche froide.

B. *Citadins*. — A côté des naïfs habitants de la campagne, nous voyons les citadins plus instruits, et par suite plus capables de composer de toutes pièces le tableau de leurs prétendus maux ; ils n'hésitent pas à adopter des phénomènes morbides plus originaux que ceux des paysans et leurs simulations exigent habituellement le concours permanent et actif de la volonté et de l'intelligence. Les maladies qu'ils allèguent sont aussi plus variées, et elles sont souvent en rapport avec les professions auxquelles se livraient les intéressés avant d'arriver au service. Il y a en

ce moment à l'hôpital de Cherbourg un peintre en bâtiments qui s'est donné une ophthalmie en se glissant un petit morceau de minium sous la paupière. Aux maladies professionnelles des habitants des villes, il faut ajouter la phthisie pulmonaire, très exploitée surtout par les Parisiens. Ce sont, ou bien des individus plus ou moins cachectiques, faibles de constitution, étiolés par la misère et quelquefois le vice, qui choisissent ce genre de simulation, parce qu'ils ont le physique de l'emploi auquel ils joignent la supercherie grossière de hémoptysies, imitées par le saignement de la muqueuse buccale, ou bien des individus solidement constitués qui ont recours aux excès physiques de tout genre, pour déterminer chez eux un état d'amaigrissement et d'affaiblissement susceptible d'en imposer.

A propos de phthisie, nous ne pouvons manquer de mentionner, en passant, la remarquable découverte de M. Robert Koch qui a montré, le 24 avril 1882, à la Société médicale de Berlin, le bacille tuberculeux. Cette découverte a fait faire un pas immense à la science, dans la voie du diagnostic des *phthisies pulmonaires douteuses*, et a été l'objet d'une communication des plus intéressantes, lue à l'Académie de médecine de Paris, dans la séance du 4 décembre 1883, par le professeur Germain Sée, communication très savamment commentée d'ailleurs, par M. Paul Legendre, dans le numéro de l'*Union médicale* du mardi 18 décembre suivant. Dans ce mémoire, M. le professeur Germain Sée, parlant de la valeur diagnostique des crachats bacillifères, s'exprime ainsi : « Les matières expectorées par le phthisique, quelle que soit la période de sa maladie, souvent même dès le début, contiennent, comme la matière tuberculeuse elle-même, les bacilles qui constituent l'élément le plus important de la tuberculose. Ces

parasites sont les témoins irrécusables de la maladie, et en constituent le caractère ; c'est, pour ainsi dire, la signature de la tuberculose. Et cela est si vrai que, si vous constatez dans l'expectoration la présence bien et dûment accusée du bacille, vous pouvez être certain qu'il s'agit d'un phthisique pulmonaire. Intervertissez la proposition, examinez comparativement l'expectoration provenant d'une autre lésion ; dès que vous aurez acquis, par un examen répété, la preuve de l'absence des bacilles dans les crachats, vous pourrez sans crainte conclure qu'il ne s'agit pas d'une lésion tuberculeuse. »

La valeur diagnostique des crachats bacillifères repose aujourd'hui sur un nombre considérable de faits, et il ne semble guère possible qu'on puisse contester la constance des bacilles dans les crachats des phthisiques avérés, quand on lit dans un travail de statistique, produit par Fergusson, à la Société de Massachussets, au mois de juin dernier, que sur un ensemble de 2500 cas de phthisie, avec recherche des bacilles, on les trouva 2447 fois.

Mais comme le fait fort bien remarquer M. Paul Legendre (*Union médicale* du 18 décembre 1883), s'il ne s'agit que de chercher dans la présence des bacilles la confirmation d'un diagnostic de phthisie, attesté par la réunion de tous les signes classiques, cette recherche des microbes dans les crachats n'aurait guère qu'une valeur de curiosité. C'est le diagnostic des *phthisies douteuses* que l'éminent professeur de clinique de l'Hôtel-Dieu essaye d'éclairer par la présence des bacilles dans les crachats ; et c'est en cela que ces investigations nouvelles présentent leur principal intérêt.

A côté des phthisies douteuses, larvées, latentes, pseudo-cavitaires, pour la recherche desquelles la présence du mi-

crobe peut être du plus grand secours, nous placerons les *phthisies simulées* dont nous parlions plus haut, car nous aurons à l'avenir, dans l'examen des matières expectorées, une sorte de critérium expérimental, qui nous permettra d'affirmer ou de nier presque à coup sûr la spécificité de la maladie invoquée, selon que nous aurons trouvé ou non le corps du délit dans le champ du microscope. La recherche des bacilles des crachats semble donc pouvoir devenir un jour un moyen de contrôle de la simulation de la phthisie. J'avais l'intention de faire des recherches dans cette voie, mais un embarquement intempestif, en m'éloignant des hôpitaux, m'a empêché d'arriver à des conclusions certaines.

Pour le moment, je me contente d'attirer l'attention de mes collègues de l'armée et de la marine sur ce fait, espérant qu'il pourra leur rendre quelques services.

2° *Paresseux de casernes ou de bateaux.* — Dans cette seconde catégorie de simulateurs, nous comprendrons les hommes liés au service depuis plus ou moins longtemps déjà, qui ne visent pas à la réforme, mais que la paresse en temps de paix et quelquefois aussi, quoique plus rarement, la couardise en temps de guerre, amèneront à l'hôpital ou à l'infirmerie, où ils désirent établir leurs quartiers, pour le plus de temps possible. Ceux-ci s'adressent presque toujours aux maladies aiguës, et ils n'en sont ordinairement que plus faciles à confondre. C'est pour eux surtout qu'il faut se rappeler le conseil de Laugier, à savoir : qu'on doit modifier, suivant les circonstances, sa manière de procéder.

L'influence du médecin-major peut produire les meilleurs résultats dans les cas de ce genre, mais il est de toute nécessité que cette influence lui soit acquise au prix d'une expé-

rience indiscutable. Un médecin militaire, et surtout un médecin de la marine qui, à bord, vit continuellement au milieu des matelots, qui a su prendre une certaine autorité morale sur les hommes dont la santé lui a été confiée, qui les connaît le plus souvent tous par leurs noms, qui s'est intéressé à eux au point d'étudier les mœurs et le caractère de chacun, en un mot, le bon médecin-major de bâtiment ne peut guère être trompé, et les hommes ne l'essaient même pas. Si par hasard quelques paresseux invétérés tentent, au début de la campagne, de se reposer au détriment de leurs camarades, il est facile d'en avoir raison par une observation attentive et de les faire capituler par des interrogations adroites et inattendues.

Comme Tourdes le fait judicieusement remarquer, la réputation de clairvoyance et de fermeté du médecin influe beaucoup sur le nombre des cas. C'est avec les matelots, en général naïfs et crédules, que le procédé, qui consiste à suggérer aux simulateurs l'idée de symptômes factices des maladies qu'ils invoquent, réussit le plus ordinairement. En causant devant eux de la façon la plus naturelle et sans paraître mettre en doute l'existence de leur maladie, on exprime l'étonnement de ne pas rencontrer tel ou tel symptôme pourtant bien caractéristique : on peut être certain que le lendemain ou le surlendemain au plus tard, le faux malade accusera le symptôme réclamé, qu'il suppose compléter le tableau clinique de l'affection dont il se dit atteint.

CONGÉS DE CONVALESCENCE ET RAPATRIEMENTS.

C'est encore à notre seconde catégorie qu'appartiennent les hommes désireux d'être envoyés aux eaux ou en congé

de convalescence, ou bien encore rapatriés des colonies en France. Nous avons vu par nous-même, dans les hôpitaux coloniaux et en particulier dans ceux de Saint-Louis et de Gorée, au Sénégal, et de Nouméa à la Nouvelle-Calédonie, de quelles ressources inépuisables peut disposer le simulateur prêt à tout pour s'échapper d'un pays malsain ou seulement éloigné et se faire renvoyer en France, grâce à une décision du Conseil de santé de la colonie. En Cochinchine, ces tentatives de fraude se font sur une beaucoup plus large échelle encore que dans aucune de nos autres possessions d'outre-mer : l'étendue du pays, le nombre considérable de militaires et de marins, de fonctionnaires et d'employés de tout ordre et de tout rang que la défense et l'administration d'une aussi vaste contrée exigent, enfin les maladies endémiques et surtout la dysenterie et la diarrhée qui y exercent leurs ravages d'une façon si cruelle, expliquent suffisamment les faits que nous alléguons ici. Au moment du départ des vaisseaux-transports il se fait à l'hôpital de Saïgon un véritable marché de selles diarrhéiques ou dysentériques favorisé quelquefois par la complicité des infirmiers. Lorsqu'un malade est bien et dûment atteint de la terrible affection endémique et qu'il est sûr d'être reconnu *rapatriable*, il cède ses selles à un camarade bien portant qui a soin, par des manœuvres variées, de corroborer le faux témoignage des déjections par une pâleur intéressante et un affaiblissement général adroitement provoqué. Quelques-uns n'hésitent même pas à fabriquer de toutes pièces des selles suspectes, en délayant par exemple des matières fécales avec de l'urine et en colorant en outre quelquefois le mélange avec du sang pris à une blessure volontaire quelconque pour compléter la ressemblance et en imposer davantage au médecin.

Gentilhomme.

Nous nous sommes souvent rappelé, à cette occasion, le tableau suivant tracé de main de maître par Boisseau dans son article sur les maladies simulées (*Dictionnaire des Sciences médicales*); nous ne faisons qu'en modifier quelques traits pour qu'il soit applicable aux faits que nous observions alors : « A l'hôpital d'une colonie, il est une époque revenant avec une périodicité invariable, et à laquelle, tandis que le nombre des entrées double et triple, en même temps tous les malades en traitement, à bien peu d'exceptions près, accusent une certaine aggravation dans leur état. Un matin, on est tout surpris de trouver les visages assombris; personne n'a dormi, on a perdu l'appétit, les douleurs se sont ravivées, les selles se sont multipliées. Dès le premier moment on ne s'explique pas cette recrudescence subite et générale, mais bientôt tout s'éclaircit : le transport est arrivé de France et l'on va accorder les congés de convalescence et les rapatriements. La chose est tellement vraie que, si la rentrée en France est obtenue, tous les symptômes accusés la veille ont disparu le lendemain, la gaieté revient et la guérison est assurée. »

En Nouvelle-Calédonie, à l'hôpital du Pénitencier, Dépôt de l'île Nou, les cas de dysenterie abondent : il ne s'agit plus ici, bien entendu, d'obtenir un congé de convalescence ou un rapatriement; le résultat à atteindre consiste simplement à faire en sorte de séjourner le plus longtemps possible à l'hôpital, et il n'est pas de moyen qu'on n'essaye pour arriver à ce but. Heureux celui qui peut présenter au médecin des selles qui le feront maintenir en traitement ! Aussi la fabrication et la vente desdites selles se pratiquent-elles au bagne dans les plus larges proportions, et on a toutes les peines du monde à démêler la vérité. Les

vrais dysentériques entretiennent d'ailleurs leur maladie avec le plus grand soin, de sorte qu'en fin de compte et malgré la salubrité incontestée du climat de notre colonie pénitentiaire, la dysenterie devient un fléau de jour en jour plus redoutable pour le Pénitencier de la colonie où elle fait de nombreuses victimes.

DEUXIÈME PARTIE

OBSERVATIONS ET RÉFLEXIONS QU'ELLES PEUVENT SUGGÉRER

Les observations suivantes, qui composent la deuxième partie de notre travail, ont été recueillies dans les hôpitaux maritimes de Cherbourg et de Saint-Mandrier, près Toulon, dans le service de M. Bérenger-Féraud, à l'exception de la première, que je dois à l'obligeance de M. Dolлиеule, médecin de première classe, secrétaire du Conseil de santé du port de Cherbourg.

Les cas observés peuvent se répartir, comme on le verra, en maladies *alléguées* purement et simplement, ou bien seulement *exagérées*, ou enfin directement *provoquées*.

Nous ferons suivre chaque observation de quelques considérations personnelles et pratiques qui nous ont paru se dégager des faits exposés.

OBSERVATION I. — Simulation d'accidents cérébraux, soi-disant consécutifs à une plaie contuse légère de la partie postérieure de la tête (communiquée par le Dr Dolлиеule, Hôpital maritime de Cherbourg).

Le nommé V. A..., âgé de 15 ans, mousse à la Direction des constructions navales, entre à l'Hôpital maritime de Cherbourg avec la note suivante inscrite sur son billet d'admission : « Accidents cérébraux

consécutifs à la chute d'un boulon en fer sur la partie postérieure de la tête, en arrière de l'oreille droite. Cet enfant, étant plus jeune, se serait, dit-on, introduit une petite pierre dans l'oreille, du même côté; il ne reste plus aucune trace de cette pierre aujourd'hui. Le jeune malade est, depuis quarante-cinq jours, exempt de service à domicile ».

Les renseignements fournis par la famille sont les suivants : Depuis la blessure, insignifiante d'ailleurs, du cuir chevelu, signalée sur le billet d'entrée, le caractère du sujet a subitement changé et est devenu soudain triste et excessivement irritable. De plus, et c'est le point capital, le malade est atteint chaque jour d'accès nerveux à marche bizarre, qui se produisent en général le matin. Ces accès sont caractérisés par une perte subite de connaissance, des convulsions, du délire, et durent toute la journée, avec des alternatives de convulsions et de repos; mais la perte de connaissance est toujours complète; l'appétit est bon, les nuits calmes. Toujours, d'après la famille, le diagnostic porté à domicile serait « pachyméningite ».

Au moment de l'entrée à l'hôpital, le jeune V. A... est plongé dans un coma profond, la respiration est bruyante, les globes oculaires sont très mobiles et ont de la tendance à se cacher sous la paupière supérieure; la pupille semble légèrement dilatée, mais dans les limites physiologiques; il paraît exister de la photophobie; l'approche d'une lumière produit une exagération de tous les phénomènes : trismus, roideur de la nuque, contractures généralisées; les excitations périphériques déterminent des convulsions cloniques des membres supérieurs et du tronc; rien du côté des membres inférieurs; le faciès est excellent, quoique un peu animé. Pouls à 80. Température à 38°4. L'état général ne paraît pas avoir souffert de cette période convulsive ininterrompue depuis environ six semaines. En supposant la possibilité d'une affection vermineuse, et par acquit de conscience, on prescrit une dose de santoline et un purgatif : impossible de vaincre le trismus et de faire avaler une gorgée au malade. Alors, sur la simple menace, faite à haute voix, de procéder à l'extraction d'une incisive pour permettre l'ingestion des liquides, tout à coup le jeune malade se dresse sur son séant, affirmant qu'il boira bien tout seul; tous les symptômes cérébraux et spinaux s'évanouissent comme par enchantement et le malade s'endort profondément quelque temps après. Depuis lors, la guérison ne s'est pas démentie.

En présence de la disparition aussi soudaine et aussi radicale des accidents qui avaient amené le jeune V. A... à l'hôpital, il ne pouvait pas y avoir le moindre doute sur

la valeur des symptômes accusés par lui ; il était évident qu'on avait eu affaire à un simulateur. Maintenant, si l'on veut chercher à se rendre compte des motifs qui avaient poussé notre mousse dans cette voie, et se faire une idée des faits qui l'avaient conduit à adopter un pareil genre de simulation, les renseignements qui suivent et que nous avons recueillis après coup pourront vraisemblablement nous fournir une explication satisfaisante à ce sujet. Pour comprendre le but poursuivi par l'intéressé, il est nécessaire de savoir que l'Administration de la marine permet parfois, dans des circonstances déterminées, à certains ouvriers des arsenaux, dans les cas, par exemple, de maladies ou blessures contractées en service commandé, il faut savoir, dis-je, que dans ces cas, l'administration permet à ces ouvriers de se faire traiter à domicile tout en conservant leur solde intégrale. Or, le jeune homme dont il est question ici avait, paraît-il, pour voisin d'habitation, un ouvrier du port qui avait obtenu l'autorisation de se faire ainsi soigner chez lui dans les conditions que nous venons d'énoncer ci-dessus. Cet homme était sujet à des attaques épileptiformes survenues à la suite d'une plaie contuse de la tête ; il était très connu à l'hôpital maritime de Cherbourg et présentait sur le corps des zones épileptogènes remarquables : dès qu'un attouchement quelconque se produisait sur ces parties, les attaques se manifestaient.

Je crois donc, pour ma part, que le jeune V. A..., frappé des avantages matériels de solde et de loisirs qu'avaient procuré à son voisin de simples contusions à la tête, avait voulu exploiter une très légère lésion analogue, pour se procurer la même vie de *far niente* aux frais de l'Etat. Et c'est dans ce but qu'il avait imaginé de simuler à son tour ces espèces de crises nerveuses qui furent vite mises à

néant par l'intervention menaçante de l'avulsion d'une dent.

C'est une interprétation que je donne sous toutes réserves, bien entendu ; mais, ce qui est certain, c'est que jamais plus les accidents cérébraux du début n'ont reparu chez notre jeune mousse qui a repris son service, et dont la santé s'est toujours maintenue très bonne depuis cette époque.

OBSERVATION II. — Note sur un cas de paralysie simulée de l'avant-bras droit (observation recueillie dans le service de M. Bérenger-Féraud, par M. Bellot, aide-médecin).

Le nommé T... (François), matelot de 3^e classe, qui est le sujet de cette note, est âgé de 21 ans.

Il entra à l'hôpital le 9 septembre 1882. Je trouve sur son tableau clinique : « Cet homme revient d'un congé de convalescence obtenu pour bronchite chronique. La bronchite n'a pas laissé de traces. C'est un individu de tempérament sanguin, peut-être un peu anémié, mais néanmoins vigoureux. Il se plaint d'une faiblesse musculaire, sans paralysie, dans l'avant-bras droit. La sensibilité est conservée, la température normale. La circulation est un peu gênée ; tous les matins, la main présente de la cyanose et de l'œdème. Les saillies musculaires de la main semblent un peu effacées.

Cette affection est, d'après T..., consécutive à deux fractures successives de l'avant-bras en un même point du tiers inférieur. Ces fractures n'ont laissé aucune trace de cal. Pour la première, T... montre un certificat assez vague d'un médecin civil. La seconde, datant de quatre mois, serait survenue à bord du bâtiment de l'État le *Villars* ; mais le congé de convalescence délivré sur ce bâtiment n'en fait pas mention, et l'intéressé ne peut fournir aucune pièce justificative à l'appui de son assertion. De plus, le *Villars* étant actuellement dans les mers de Chine, on ne peut obtenir aucun renseignement immédiat à ce sujet. »

Après dix jours de surveillance attentive et de faradisation journalière, M. Bérenger-Féraud, convaincu que ce matelot créait son affection de toutes pièces, ou au moins l'exagérait considérablement, pour obtenir une prolongation injustifiée de congé de convalescence, le déclara apte au service et le renvoya à son corps.

Le 3 octobre 1882, T.... entra de nouveau à l'hôpital. Dans les quinze jours qui venaient de s'écouler, l'affection avait fait un progrès extraordinaire. Augmentation de la cyanose et de l'œdème, *température inférieure de plus de 10° à celle du membre gauche*, sensibilité complètement abolie, tels étaient les symptômes nouveaux présentés par l'avant-bras droit de T.... Seule, la contractilité musculaire était restée la même : tous les mouvements étaient encore possibles, quoique très diminués. Ils ne tardèrent pas à être supprimés.

Malgré l'impossibilité absolue des mouvements volontaires de l'avant-bras, la contractilité électrique n'y fut jamais abolie. Il était seulement nécessaire d'agir sur le bras droit avec des courants plus forts que sur le gauche.

Le traitement institué consista d'abord en manuvres sulfureux et sinapisés, auxquels on ajouta une séance journalière de faradisation. Afin de pouvoir suivre la marche de l'affection, les 4, 14, 21 et 28 octobre, on prit la température moyenne de chaque avant-bras à l'aide de cinq thermomètres vérifiés et placés en des points symétriques. La température du bras droit fut constamment trouvée inférieure à celle du bras gauche dans des proportions variant de 3°5 à 6°2, diminuant avec la suppression absolue de la contractilité volontaire, et augmentant sous l'influence de la faradisation. A ce moment, T.... demanda pour la première fois à être réformé. Cette demande et l'irrégularité, sans cause appréciable, constatée dans le tracé thermique, venaient confirmer les soupçons conçus depuis longtemps. Aussi, M. Béranger-Féraud disait, au début du mois de novembre, aux médecins de son service : « Je suis convaincu que cette affection n'existe pas réellement, mais il faudrait trouver une preuve matérielle de la simulation ».

M. Bellot, alors aide-médecin de garde à l'hôpital, essaya d'y arriver. Dans la nuit du 4 au 5 novembre, à une heure du matin, il se rendit près de T.... qui était endormi, le bras droit complètement à découvert. Ce n'était plus le bras cadavérique des jours précédents. Le sang y affluait, les échanges nutritifs y semblaient surabondants, comme si chaque élément anatomique avait eu hâte de réparer le temps perdu.... Plus de cyanose, plus d'œdème; au contraire, une teinte d'un rouge franc, et au thermomètre une *température supérieure de 3°1 à celle du bras gauche*.

En présence de cette élévation nocturne de la température, trois hypothèses semblaient permises :

1° Cette élévation se produit pour la première fois, et elle indique soit une modification brusque dans la marche de la paralysie, soit le début d'un processus inflammatoire;

2° Cet afflux de calorique dans le membre droit s'est déjà montré, et on se trouve peut-être en face d'une de ces affections peu étudiées du système nerveux, dans lesquelles, les vaso-moteurs, sans l'intervention de la volonté du malade, font brusquement varier la circulation dans une partie quelconque du corps ;

3° Le refroidissement du membre étant déterminé volontairement par l'individu, l'élévation thermique constatée est due à la cessation, pendant le sommeil, de la manœuvre par laquelle le simulateur provoque l'abaissement de la température.

Dès la visite du lendemain matin, la première hypothèse fut écartée : le bras droit était redevenu froid et cyanosé ; de plus, les malades et les infirmiers interrogés, déclarèrent avoir souvent, la nuit, constaté que le bras droit de T... était à une température au moins égale à celle du gauche.

La deuxième hypothèse fut également réduite à néant par ce fait qu'en maintenant les deux bras horizontalement dans une position forcée et sous une surveillance sévère, l'équilibre de température entre les deux membres se rétablissait presque complètement au bout de quelques instants. En outre, pendant une observation continue de dix-huit heures, la température du bras droit oscilla seulement entre 35°1 et 36°4, celle du bras gauche présentant même des variations un peu plus considérables.

Les deux hypothèses favorables à la réalité de l'affection de T... étaient donc écartées ; nous restions en présence d'un simulateur. Mais quel était le procédé de simulation employé par lui ?

Je pus répondre à cette question, continue M. Bellot, dans la nuit du 6 au 7 novembre. Je fus assez heureux pour saisir dans l'aisselle droite de cet homme, un crucifix métallique d'assez fort volume, qui avait laissé sur le trajet du paquet vasculo-nerveux la trace d'une vigoureuse compression ; ce crucifix lui fut enlevé sur le champ, mais il ne dut pas être difficile à T... de se procurer de nouveaux agents de compression. En effet, le 8 novembre au matin, la température du bras droit était inférieure de plus de 6° à celle du bras gauche. Voici un genre d'épreuve qui fut mis à l'essai : toute la moitié droite du thorax et le membre supérieur droit furent enveloppés dans un fort bandage ouaté et silicaté. Ce bandage rendait impossibles les pressions extérieures sur les vaisseaux et les positions du bras aptes à y arrêter la circulation. Le bras droit resta ainsi enveloppé quatre jours. Il se maintint tout ce temps à 2° environ au-dessus du gauche. La présence du coton explique, je pense, suffisamment cette différence.

Les preuves s'accumulaient donc et pouvaient sembler concluantes. Il ne restait plus qu'à établir que les moyens mécaniques employés par

Gentilhomme.

cet homme étaient réellement aptes à produire un abaissement notable de température. M. Bellot se livra alors sur lui-même à une expérience consistant dans l'application d'un compresseur sur l'artère humérale du bras droit. Au bout d'une demi-heure, la température du bras en question avait baissé de 2°9, tandis que celle du bras gauche montait de 1°. Une demi-heure après que le compresseur eut été enlevé, les bras revinrent à la température initiale qui était la même pour tous les deux.

Sans vouloir tirer d'une seule expérience plus de certitude qu'elle n'en peut fournir, le résultat permet d'affirmer que les procédés mécaniques de compression artérielle au pouvoir de T... sont très capables d'amener le refroidissement d'un membre. Au point de vue thermique, la question était donc résolue : c'est volontairement que T... refroidissait son bras droit. Les autres symptômes de l'affection : la cyanose, l'œdème, sont le résultat fatal du ralentissement du cours du sang. Il est de même absolument physiologique que dans un membre aussi froid, la contractilité électrique ou volontaire des muscles et la sensibilité cutanée soient fortement diminuées.

Donc, tous les symptômes présentés par le bras droit de ce matelot, refroidissement, cyanose, œdème, paralysie de la sensibilité et de la motilité étaient ou faussement allégués ou volontairement provoqués. Il ne restait plus qu'à le renvoyer de l'hôpital en signalant son audacieuse simulation. C'était évidemment pour cet homme une mesure grave. M. Béranger-Féraud pensa que, dans une telle circonstance, on ne saurait trop multiplier les moyens de contrôle.

L'emploi du chloroforme était indiqué. On se trouvait en effet dans le cas d'un sujet incorporé, atteint d'une affection susceptible d'entraîner la réforme, cas prévu par le Conseil de santé des armées, dans son instruction du 2 avril 1862. Aussi le 19 novembre au matin, T... fut anesthésié en présence de M. le directeur du Service de santé du port de Cherbourg. On comptait sur la période d'excitation pour démontrer d'une façon indiscutable que les mouvements du bras droit étaient conservés. Malheureusement, cette période ne se produisit pas, et l'anesthésie ne put donner des résultats aussi concluants que ceux que l'on avait espérés. Cependant, au moment du réveil, un mouvement volontaire très net et assez considérable du pouce droit vint confirmer la certitude que l'on avait déjà de la simulation. Aussi, le 21 novembre 1882, T... fut renvoyé à son corps et signalé comme simulateur, sans qu'on ait pu, d'ailleurs, lui faire avouer sa fraude.

N. B. — T... fut puni de 30 jours de prison, après lesquels il fut désigné pour embarquer sur un croiseur destiné à faire une longue campagne. Il obtint alors, comme c'est l'habitude, une permission de

quinze jours pour aller dans sa famille. A l'expiration de cette permission, T... revint parfaitement guéri ; sa main droite ne présentait plus aucune trace de cyanose et la température des deux bras était absolument semblable. Questionné sur la cause de cette guérison radicale, il répondit que *quelqu'un* lui avait indiqué dans son pays la recette d'un manuluve qui lui avait remis le bras dans l'état normal.

Tel est, dans son ensemble, ce cas de paralysie simulée de l'avant-bras droit. Il est intéressant à plus d'un titre. On sait depuis longtemps, par exemple, que la compression d'une artère détermine un abaissement de la température dans le membre auquel se distribue ce vaisseau ; mais je n'ai lu nulle part que cette réfrigération puisse descendre, pour un avant-bras entier, au-dessous de 20°, et se maintenir à ce point plusieurs heures après que la compression a cessé. Je ne connais pas non plus d'exemple où cette température si basse ait été remplacée, dans un court espace de temps, par une élévation thermique dépassant 37°, sans réaction inflammatoire du membre ainsi éprouvé.

Ce phénomène s'est cependant montré chez T..., non pas une fois seulement, mais tous les jours pendant plus d'un mois.

Si l'on se rappelle que la compression artérielle est une des méthodes les plus efficaces du traitement des anévrysmes, il doit aussi sembler étrange, qu'une action extérieure, prolongée pendant un temps probablement très long chaque jour, n'ait pas déterminé dans l'artère humérale, la formation de caillots, et par suite la gangrène du membre.

On pourrait encore relever quelques faits physiologiques assez curieux, mais cette observation est surtout intéressante au point de vue de la simulation. Il ne s'agit pas

seulement ici, comme dans les exemples cités dans dans le livre classique d'Ed. Boisseau, d'une imitation plus ou moins habile de la paralysie. Par ses manœuvres, T... paralysait presque complètement son bras pendant un grand nombre d'heures par jour. De là, les difficultés dont a été entourée la découverte de la vérité.

Aucun des signes indiqués par Boisseau ou par le professeur Laugier ne pouvait renseigner. Le volume, la coloration, la température, la sensibilité, la contractilité électrique, tout cela, notre simulateur avait réussi à le modifier, presque comme l'eût fait une affection réelle. On trouve, dans Boisseau : « Dans les paralysies périphériques, d'après Baerensprung, il y a une diminution très appréciable de la température dans les parties innervées par les nerfs paralysés. » Si l'on avait, dès le début, adopté dans le cas présent un semblable critérium, on aurait accordé à T... le congé de réforme qu'il ambitionnait.

L'hôpital de Cherbourg reçoit en traitement des soldats de l'armée de terre et de l'armée de mer. Tous ceux d'entre eux qui ont connu notre simulateur à l'hôpital connaissent évidemment aussi les moyens qu'il employait. Il ne serait donc en rien surprenant que les médecins de l'armée et de la marine voient se produire un nombre plus ou moins considérable de lésions de ce genre. Un individu plus habile que T..., ou plus favorisé par son étoile, pourrait facilement, par un semblable procédé, induire en erreur un médecin non prévenu. C'est dans l'espoir de faciliter la découverte de la fraude que nous avons publié cette observation.

OBSERVATION III. — Simulation d'arthrite chronique de la hanche, survenue, au dire de l'intéressé, à la suite d'une violente attaque de rhumatisme. Claudication très marquée. — Infirmité légère possible, mais certainement fort *exagérée*. (Hôpital maritime de Cherbourg, service de M. Béranger-Féraud.)

Le nommé F..., conscrit, né à Amiens, entra à l'hôpital maritime de Cherbourg le 4 décembre 1882. Cet homme, qui prétend ne pouvoir faire son service de soldat, se plaint d'une douleur très vive siégeant au niveau de l'articulation coxo-fémorale droite, douleur qui rend les mouvements de l'articulation très pénibles et la marche presque impossible. F... raconte que deux ans auparavant il a souffert d'une violente attaque de rhumatisme et que, depuis cette époque, il éprouve une très grande difficulté à marcher ; il boite en effet très bas et paraît obligé de s'appuyer fortement sur un bâton ; il fait remarquer en outre que lorsqu'on applique la main sur la hanche droite, pendant les mouvements du membre correspondant, on perçoit un bruit de craquement assez fort qui paraît se passer dans l'articulation. Dans la station verticale, la hanche droite est légèrement rejetée en arrière et abaissée ; cet abaissement se remarque surtout pour l'épine iliaque antéro-supérieure, la cuisse droite reste un peu fléchie sur la hanche, la jambe sur la cuisse, de sorte que le pied n'appuie que par l'extrémité des métatarsiens, le talon ne touchant pas le sol. La marche est très difficile, avons-nous dit, et lorsque la jambe droite vient à appuyer par terre, le corps exécute un mouvement de torsion tout à fait anormal. La cuisse droite et le mollet correspondant semblent un peu moins volumineux que les parties symétriques du côté gauche, la différence mesurée est de 5 millimètres, néanmoins l'apparence du membre est parfaitement saine. Le cas était embarrassant : d'un côté le malade affirmait énergiquement l'impossibilité où il était de faire aucun mouvement sans éprouver des douleurs atroces, et d'un autre côté la claudication, la déformation du membre et surtout le craquement précité de l'articulation coxo-fémorale, pouvaient faire croire à l'existence d'une lésion articulaire véritable ; cependant un doute restait dans notre esprit et un *je ne sais quoi* nous portait à penser que nous avions affaire à un simulateur.

En effet, la marche exécutée devant nous paraissait si pénible que nous pensions instinctivement à de l'exagération ; le sujet semblait être obligé de s'appuyer considérablement sur sa canne sous peine de trébucher, et cependant cette canne était si frêle et si mal commode à

la poignée qu'il nous paraissait bien extraordinaire qu'un boiteux n'eût pas reconnu la nécessité de se procurer un appui mieux approprié à son infirmité. F... fut donc soumis à une observation sérieuse et prolongée, et l'on constata ainsi que tous les mouvements spontanés de l'articulation, impossibles au dire du malade, s'exécutaient difficilement, il est vrai, mais enfin s'exécutaient à l'aide de simples manœuvres n'exigeant pas l'emploi d'une force bien grande de la part de l'opérateur; l'état de flexion de la jambe sur la cuisse et de la cuisse sur le bassin cédait aussi aux efforts tentés pour rendre sa direction normale au membre, qui ne présentait d'ailleurs aucun raccourcissement appréciable.

Les soupçons s'accroissaient de plus en plus, nous étions même persuadé que F... nous trompait, toutefois nous fîmes en sorte de ne pas lui laisser deviner les doutes qui planaient sur sa bonne foi, tout en le surveillant de la façon la plus attentive.

Pendant les premiers jours les infirmiers constatèrent qu'il marchait à peine, et on ne le vit pas une seule fois boiter moins que d'habitude. Comme, malgré les recommandations les plus pressantes, le malade restait toujours assis ou couché, disant, chaque fois qu'on l'engageait à marcher, que les mouvements de la cuisse étaient trop douloureux pour lui permettre de se lever, on lui prescrivit une série de douches qui l'obligeaient à descendre tous les matins à l'établissement hydrothérapique : les frictions excitantes de toutes sortes, les pointes de feu, la faradisation, etc., etc., avaient été employées tour à tour sans aucun succès.

Jusqu'au 9 janvier 1883, il fut impossible de prendre F... en défaut, mais de jour en jour il devenait pour nous plus évident que les douleurs étaient feintes et la claudication simulée.

Enfin, le 9 janvier, après la visite du matin, la vérité fut découverte. En entrant dans une de ces longues galeries vitrées qui servent de couloirs au rez-de-chaussée de l'hôpital de Cherbourg, nous vîmes tout à coup, au milieu à peu près de cette galerie, F... qui se promenait tranquillement en compagnie de trois de ses camarades, marchant sans boiter le moins du monde, sa canne sous le bras. On l'avait envoyé comme de coutume au bain, et cette fois n'étant pas accompagné par un infirmier, il avait cru pouvoir se départir de sa prudence habituelle et négliger un moment de jouer son rôle ordinaire de boiteux. Nous doublâmes le pas, et, au bruit que nous fîmes dans la galerie, F... se retourna et nous vit. Il était, en ce moment, à côté d'une porte sur le grand escalier; à notre aspect inattendu, il perdit soudain toute présence d'esprit et, d'un bond rapide, il s'élança dans l'escalier, espérant peut-être éviter d'être reconnu. J'accélérai de mon côté mon allure, et

je gravis l'escalier aussi vite, que je le pus, sans courir; mais ce fut peine perdue, il me fut impossible de rattraper mon boiteux qui arriva avant moi dans la salle et que je trouvai assis à côté de son lit, rouge et haletant. J'avais suffisamment constaté son agilité pour ne plus avoir le moindre doute à son endroit. Il fut mis aussitôt *exeat* et on écrivit sur sa feuille clinique qu'il avait été pris en flagrant délit de simulation.

A partir de ce moment, F... n'a plus reparu à l'hôpital.

Voilà un exemple de simulation dont l'idée est venue à l'intéressé à la suite d'une affection réelle dont il a voulu exploiter les conséquences, ainsi qu'il nous l'a avoué lui-même. Il a eu, en effet, deux ans auparavant, une violente attaque de rhumatisme, à la suite de laquelle il lui était resté, pendant quelque temps, une certaine gêne dans les mouvements de l'articulation coxo-fémorale droite. En *exagérant* cette gêne, et la difficulté qu'elle pouvait lui causer pour la marche, F..., dans sa naïveté, espérait arriver à se faire réformer comme impropre au service militaire. La déformation du membre était le résultat d'une contraction permanente et volontaire des muscles de la région, et cessait d'ailleurs assez facilement devant l'intervention du chirurgien. Le repos absolu du membre peut expliquer la légère diminution de volume constatée à la mensuration. Quant au bruit de craquement que l'on percevait parfois pendant les mouvements de la cuisse, il pourrait vraisemblablement être attribué à des lésions périarticulaires qui ont été la conséquence du rhumatisme antérieur; il y aurait eu, peut-être, là, une transformation fibreuse du *fascia lata*, et c'est probablement dans ces tissus fibreux que se produisait le craquement en question, favorisé d'ailleurs par de savantes manœuvres du malade. C'est une explication que je donne naturellement sous toutes réserves.

Quoi qu'il en soit, il y avait donc simulation, ou tout au moins *exagération* considérable dans les symptômes accusés par notre conscrit; nous en étions absolument convaincus, néanmoins nous avons été heureux de voir notre fraudeur se trahir lui-même, ce qui a levé définitivement tous les doutes que nous aurions pu avoir encore, doutes qui nous étaient inspirés surtout par ce bruit articulaire anormal dont nous avons parlé, et qui était assez comparable au bruit que l'on perçoit dans l'arthrite chronique.

J'ajouterai, en terminant, qu'il faut toujours se défier, pourtant, des douleurs de hanche; car il peut arriver que ces douleurs, si bizarres et si incompréhensibles qu'elles paraissent souvent au début, sont quelquefois suivies de coxalgie suppurée. La possibilité d'un pareil accident doit, on le comprend, inspirer la plus grande prudence au médecin dans les cas de ce genre.

OBSERVATION IV. — Simulation de myélite chronique avec paralysie pseudo-hypertrophique des membres inférieurs. (Hôpital maritime de Cherbourg, service de M. Béranger-Féraud.)

Le 30 novembre 1880, le nommé D..., né dans le département de la Somme, matelot de 3^e classe, récemment appelé au service, entre à l'hôpital de Cherbourg avec la note suivante : « Levé aujourd'hui pour le service. — Cet homme est porteur d'un certificat constatant qu'il est atteint d'une affection de la moelle. — Dirigé sur l'hôpital pour qu'il soit statué sur son état. » Il resta en observation jusqu'au 7 décembre et fut mis *exeat* à cette époque. Son billet de sortie mentionnait qu'il n'avait présenté aucun symptôme sérieux du côté de la moelle pendant son séjour à l'hôpital.

Pendant un an et demi on n'entend plus parler de D... à Cherbourg, mais au bout de ce laps de temps, le 25 juin 1882, nous le voyons apparaître de nouveau dans notre service. Le médecin qui le soignait depuis six semaines environ donnait à son sujet les renseignements ci-dessous que je transcris textuellement : « Cet homme est atteint,

depuis un an et deux mois, de myélite chronique, affection pour laquelle il a obtenu trois mois de congé de convalescence avec une prolongation d'un mois. Il est porteur d'un certificat du Conseil de santé du port de Rochefort où il est dit qu'il a passé six mois et demi à l'hôpital de ce port pour myélite chronique. A l'expiration de son congé, le 13 mai 1882, il a dû entrer de nouveau à l'hôpital, ne pouvant faire aucun service. Malgré les divers traitements auxquels on l'a soumis, douches sulfureuses, cautérisation, faradisation, bromure de potassium, etc., etc., aucune amélioration n'a pu être apportée dans son état : faiblesse extrême des jambes avec douleurs vagues dans les membres inférieurs, douleurs persistantes le long des apophyses épineuses à la région lombaire, sensibilité légèrement amoindrie. D'ailleurs, *pas de simulation* de la part du malade qui ne demande ni réforme, ni congé de convalescence. »

On le voit, le médecin traitant était persuadé de la réalité de l'affection. La dernière phrase de sa note prouve qu'il avait cependant eu un instant l'idée de fraude, mais l'habileté de l'intéressé lui avait fait perdre cette piste.

Le 25 juin 1882 donc, D... fut évacué sur le service du médecin en chef pour être soumis à son observation. On constata de nombreuses traces de cautères le long de la colonne vertébrale, cautères qu'on lui avait appliqués à l'hôpital de Rochefort où on le montrait comme une curiosité. Il y avait précisément dans le service deux aides-médecins qui se rappelaient parfaitement avoir vu l'individu en question, lequel avait fait le sujet de plusieurs leçons cliniques.

Le diagnostic porté avait été : « myélite chronique avec paralysie pseudo-hypertrophique des membres inférieurs. » D... était, en effet, remarquablement musclé. Dans ses divers séjours dans les hôpitaux, il avait acquis peu à peu l'habitude des investigations cliniques et il répondait même parfois aux questions qu'on ne lui avait pas encore posées, tant il connaissait par expérience la direction qu'allait suivre son interrogatoire. Les principaux symptômes accusés étaient : une douleur très vive au niveau des apophyses épineuses lombaires, des douleurs vagues dans les membres inférieurs ainsi qu'une diminution considérable de la sensibilité et une faiblesse extrême dans la même région ; cette faiblesse des jambes qui rendait la marche très difficile, sinon impossible, contrastait singulièrement, d'ailleurs, avec la musculature du sujet, et ce fait étrange attira tout d'abord l'attention. D... fut dès lors l'objet d'un examen des plus sérieux, mais il jouait parfaitement son rôle, et nous restions toujours dans l'hésitation. Un jour, pourtant, on essaya les courants électriques et on constata que la contractilité des muscles soi-disant paralysés n'était ni abolie ni même

affaiblie d'une manière appréciable ; on reconnut ensuite, en faisant fermer les yeux au malade pendant qu'on le pinçait ou qu'on lui piquait les téguments, on reconnut, dis-je, que la sensibilité était bien loin d'être aussi diminuée qu'il le prétendait, et, à force de menaces, nous arrivâmes à le faire marcher d'une façon fort satisfaisante. D..., malgré tout, ne s'avouait pas vaincu, et nous reprochait amèrement de ne pas croire à la réalité de son affection. Néanmoins, notre opinion était faite. En conséquence, sans vouloir discuter l'existence de la myélite en présence et des affirmations du médecin qui venait de le traiter, et des assertions contenues dans les certificats dont il était muni, affirmations et certificats qui disaient qu'il s'agissait d'une myélite avec paralysie pseudo-hypertrophique, le chef de service formula la conclusion suivante : « Toute réelle que puisse être l'affection de la moelle dont cet homme est porteur, elle n'est pas assez avancée ou marche trop lentement pour justifier soit un congé de réforme, soit même un congé de convalescence. D... est apte à faire son service. » Il fut mis *exeat* le 27 juin.

Le 30 juin, c'est-à-dire trois jours après, ce matelot reparait à l'hôpital où on le garda jusqu'au 5 juillet, époque à laquelle il fut de nouveau renvoyé au quartier.

Le 9 juillet il revint encore, mais cette fois, après un nouvel et très sérieux examen, on le fit passer devant un conseil de santé du port pour statuer en dernier ressort sur son état. La décision du Conseil fut que D... était parfaitement apte au service militaire ; on lui donna son *exeat* et on pria le médecin-major de la division de prévenir l'autorité militaire que ce matelot cherchait à éluder les obligations du service. Ceci se passait le 19 juillet 1882. On perd alors D... de vue pendant un an, jusqu'en juillet 1883, époque à laquelle le hasard fournit une excellente occasion de constater que le jugement porté sur son compte était exact. Voici dans quelles circonstances : Un jour, au moment de signer le procès-verbal d'une commission dont il venait de faire partie, M. Bérenger-Féraud reconnaît tout à coup D... dans le matelot planton qui lui présentait ce procès-verbal. C'était le cas de s'assurer si la paralysie des jambes avait fait des progrès ; aussi le médecin en chef, tout en faisant semblant de ne pas reconnaître son individu, lui dit qu'il ne pouvait pas signer ainsi au milieu de la rue, et lui donna l'ordre de l'accompagner jusqu'à l'hôpital situé à plus d'un kilomètre de la préfecture maritime où se passait la scène que nous racontons. Puis il se mit à marcher au pas accéléré comme un homme excessivement pressé. D... le suivit sans perdre une semelle. L'expérience était décisive et le médecin en chef en fit la remarque à son ancien client qui lui répondait que « maintenant il avait un bon poste et qu'il n'avait plus besoin de chercher à se faire réformer. »

La myélite chronique est une affection assez fréquemment simulée; et, vu l'absence de signes objectifs bien définis qui ne permet pas d'affirmer ou de nier d'une façon absolue l'existence de la maladie, il semblerait même, au premier abord, qu'elle dût tenter plus fréquemment encore la masse des simulateurs. Ce genre de fraude offre, en effet, beaucoup de ressources à un individu énergique et intelligent, surtout si ce dernier sait profiter de son séjour dans les services consacrés à l'enseignement pour se familiariser avec les symptômes principaux qu'il devra accuser, ainsi qu'avec les méthodes d'exploration auxquelles il sera soumis. C'est ce qui avait eu lieu pour D..., qui fait le sujet de la présente observation. Grâce aux examens nombreux et méthodiques qu'il avait subis, il avait fini, à la longue, par démêler parfaitement les signes caractéristiques de l'affection qu'il simulait, et il était parvenu ainsi à induire en erreur plusieurs médecins fort expérimentés. Ce qui fixa surtout les soupçons de notre chef de service, ce fut, avons-nous dit, la persistance de la contractilité musculaire sous l'influence de l'électricité. Au reste, nous devons le dire ici, dans les cas très nombreux d'anesthésie et de paralysie où l'on reste dans le doute, on peut souvent arriver à reconnaître la vérité au moyen de l'électricité, et en particulier par l'emploi des courants violents qui sont en même temps très douloureux. Les simulateurs ne résistent guère à ce traitement; les véritables malades, au contraire, ne reculent devant aucune médication pour obtenir le soulagement et la guérison qu'ils désirent. Il convient d'ajouter, toutefois, que le fait de résister à un certain nombre de séances d'électrisation douloureuse n'est pas une preuve irréfutable de l'existence d'une anesthésie ou d'une paralysie, car on s'habitue à l'électricité comme à

toute autre chose. Il faut reconnaître pourtant que c'est là un mode d'exploration qui peut être fort utile dans les cas du genre de celui que nous venons de rapporter, et nous nous faisons un devoir de recommander son usage à l'occasion.

OBSERVATION V. — Simulation de gastralgie rebelle, avec vomissements incoercibles et constipation opiniâtre. — Mérycisme. — (Hôpital de Cherbourg, service de M. Béranger-Féraud.)

Le 16 juillet 1879, le nommé M..., âgé de 41 ans, né à Cherbourg, ouvrier ajusteur à l'Arsenal, entré à l'hôpital pour « embarras gastrique ». Le sujet accusait une faiblesse générale, une constipation rebelle, des pesanteurs et des aigreurs d'estomac, des vomissements, le teint paraissait légèrement subictérique, le foie semblait un peu diminué de volume; la température était parfaitement normale.

On donna un ipéca, un lavement huileux, et on attendit.

Même état les jours suivants.

Le 25 juillet, on diagnostiquait une gastralgie rebelle et vomitante, avec constipation, et on institua un traitement qui porta successivement sur l'opium, la poudre de charbon, l'eau de Vichy, la noix vomique, le bromure de potassium, les vésicatoires volants saupoudrés de morphine, la belladone, la potion de Rivière, les lavements émollients ou purgatifs, etc., etc. Rien de tout cela ne paraissait produire bon effet, le malade continuait à vomir après chaque repas, avait des selles extrêmement rares et difficiles et passait quelquefois quatre et cinq jours sans aller à la garde-robe. On essaya des plaques de cuivre en ceinture, des douches générales et locales, le lait, les injections morphinées, les purgatifs divers, la faradisation, les lavages de l'estomac, etc., sans plus de succès.

Le malade demanda à sortir le 24 août, sans être guéri.

Le 5 septembre, il revint à l'hôpital, accusant toujours les mêmes symptômes, mais, maintenu au bouillon et à la soupe pendant 3 jours, il réclama son *exeat* dès le 8.

Rien de particulier pendant l'année 1880.

Le 15 mars 1881, notre homme se présente à nous pour la troisième fois.

La température était normale, l'embonpoint conservé. M... accusait

toujours des douleurs très vives au creux épigastrique, une constipation obstinée, un sentiment perpétuel de brûlure au gosier et à l'œsophage, et affirmait qu'il vomissait tous ses aliments; on constata, en effet, qu'il vomissait après chaque repas. Tous les moyens rationnels employés lors des précédents séjours à l'hôpital furent essayés à nouveau sans apporter la moindre amélioration.

Le 14 août, M... demande à sortir, paraissant profondément découragé par l'insuccès de tous les traitements mis en usage.

Le 23 novembre de la même année, notre homme revient à l'hôpital, se plaignant toujours de sa gastralgie, et l'on constate avec étonnement que, malgré la longue durée de la maladie, l'embonpoint n'a nullement diminué et que la santé générale est restée bonne.

Le 1^{er} février 1882, M... était encore à l'hôpital de Cherbourg, où il était quasi-légendaire; tous les médecins le connaissaient, on soupçonnait bien la fraude, mais le cas était néanmoins embarrassant. En effet, le malade avait des vomissements fréquents, c'était incontestable, tout le monde l'avait vu, et il ne pouvait y avoir de doute à ce sujet; et quant aux douleurs de l'estomac, il était bien difficile d'en nier positivement l'existence. Un fait devait néanmoins attirer l'attention du côté de la simulation, c'est que, malgré trois années de souffrances continues et de vomissements incessants, l'état général se maintenait bon et les forces étaient toujours conservées. Cette fois encore, tous les agents thérapeutiques employés ne purent arrêter les vomissements, ni calmer le pyrosis qui, chose étrange, était exaspéré au contraire par l'eau de Vichy et les alcalins.

Tous les trois jours on pesait le malade, et son poids ne variait pas.

Enfin, le 25 mars, après avoir essayé consciencieusement tous les moyens indiqués contre cette gastralgie, les doutes qu'on avait déjà depuis longtemps sur la sincérité de M... s'étaient changés pour ainsi dire en certitude, mais on eut soin de ne pas le laisser paraître; on eut l'air de s'intéresser vivement à son sort, et c'est alors qu'il commença à démasquer ses batteries. Il avait gagné peu à peu la sympathie des infirmiers et de la sœur hospitalière, en cherchant à se rendre utile pour le service intérieur de la salle; aussi un beau jour, profitant des bonnes dispositions qu'on avait pour lui, il dit au médecin en chef qu'il avait, avant son entrée comme ouvrier à l'Arsenal, servi pendant sept années dans la marine, et ce temps ajouté à celui durant lequel il avait été employé comme ouvrier du port, lui permettait d'obtenir immédiatement sa pension de retraite, à la condition, toutefois, d'être déclaré incapable de continuer à travailler. Il faut savoir que les ouvriers des arsenaux maritimes n'ont droit à la retraite qu'à l'âge de 50 ans, quelle que soit la durée de leurs services, quand ils se portent bien; mais

qu'après 30 ans de service, s'ils n'ont pas été marins ou soldats, après 25 ans seulement s'ils ont été sous-les drapeaux, ils peuvent obtenir cette retraite, pourvu qu'ils soient jugés impropres au travail par le Conseil de santé.

Après s'être entouré de tous les éléments d'une juste appréciation, le médecin en chef pensa que M... voulait arriver à se faire admettre prématurément à la retraite, et que, pour cela, il simulait cette gastralgie douloureuse et vomitante, utilisant, dans ce but, une sorte de merycisme, dont il était naturellement doué. Il jouait ainsi obstinément la comédie, rejetant de temps en temps quelques gorgées d'aliments, ne prenant pas les médicaments ordonnés, et au prix d'une ou de deux régurgitations par jour, il digérait béatement le régime à volonté, le lait, les alcooliques, etc., qu'on lui prescrivait. Notons que grâce à son zèle pour obliger la sœur et les infirmiers, grâce à son air hypocrite et aux sentiments de pitié, de tristesse et de résignation qu'il affichait, on ne le surveillait pas quand il devait prendre ses médicaments, et on s'en tenait à ses affirmations.

Si telle était la pensée qui vint au chef de service, il voulut, néanmoins, avant de juger définitivement la question, tenter une dernière expérience. Le 3 avril, profitant de ce que M... prétendait ne pas avoir eu de selles depuis trois jours, on lui prescrivit 30 grammes d'huile de ricin qui, naturellement, ne firent pas plus d'effet qu'à l'ordinaire. On recommença le lendemain, et pendant 7 jours consécutifs, du 3 au 9 avril inclusivement, on ordonna chaque jour au malade, un purgatif varié : l'huile de ricin, le sulfate de soude, le jalap, le calomel, etc., etc., furent prescrits tour à tour et toujours sans résultat. Le 10 avril au matin, cette médication incendiaire, non seulement n'avait pas procuré de selles au malade, mais n'avaient même pas provoqué chez lui la plus légère indisposition. L'expérience était concluante ; pour lui donner plus de valeur encore, on fit enfermer le malade dans un cabinet, et vingt-quatre heures ne s'étaient pas écoulées, qu'il demandait lui-même à sortir, pour aller à la garde-robe.

Il était donc parfaitement clair que M... nous trompait indignement. En conséquence, il fut mis *exeat* séance tenante.

Nous nous croyions à tout jamais débarrassé de notre simulateur, lorsque le 30 juin suivant, à la contre-visite de 4 heures, nous le retrouvons dans notre salle. Cette fois, il s'était fait apporter sur un cadre, et il vomissait en abondance un liquide de couleur verdâtre ; il se plaignait, en outre, de souffrir horriblement de la soif, et se faisait ainsi donner de la tisane qu'il rejetait presque immédiatement après l'avoir bue. La température était à 37,5. Le liquide vert vomé ne contenait pas trace de bile. On prescrivit une potion de Rivière et un peu d'opium.

Les vomissements persistèrent le lendemain. M... fut mis à la diète absolue de boisson ; pour calmer la soif, on lui donnait très parcimonieusement, dans la journée, de petits fragments de glace. Bouillon pour tout régime. Il essaya d'obtenir des infirmiers et de la sœur quelques aliments, de la tisane, mais les ordres étaient précis et furent exécutés. Les vomissements ne tardèrent pas à cesser, et dès le deuxième jour, le malade se déclara guéri et demanda à sortir. Son désir fut aussitôt satisfait, mais on écrivit sur son billet de sortie une note détaillée qui racontait la fraude aux autorités compétentes.

Les cas de simulation du genre de celui que nous venons de raconter tout au long sont rares, celui-ci me paraît intéressant surtout au point de vue du mécanisme au moyen duquel se produisaient les vomissements incessants qui constituaient le symptôme le plus saillant invoqué par l'intéressé pour faire croire à une maladie réelle. M..., par suite, sans doute, d'une disposition particulière de l'estomac aidée par un exercice continu, était arrivé à acquérir cette rare et singulière faculté connue sous le nom de Mérycisme, et grâce à laquelle les aliments peuvent être ramenés dans la bouche et vomis après un séjour plus ou moins prolongé dans l'estomac. C'est donc en développant par l'habitude et en exagérant considérablement cette disposition particulière de ses organes digestifs, que notre fraudeur arrivait à provoquer des vomissements continus qui en imposaient à première vue. Quant à la matière verte qui a été constatée une fois dans les vomissements, il est à remarquer que ce phénomène ne s'est pas renouvelé et que l'analyse n'y décela pas la moindre trace de bile. Le fait, du reste, s'était produit au moment d'une des nombreuses entrées du sujet à l'hôpital, et tout porte à croire que ces vomissements verts reconnaissent simplement pour cause l'ingestion préalable de bouillon d'oseille ou d'épinards. L'embonpoint n'avait

jamais diminué, pas plus que les forces, et c'était précisément là pour nous le meilleur indice de la supercherie, car il était impossible que des vomissements aussi incoercibles et une gastralgie aussi rebelle n'eussent pas produit chez le malade un état d'amaigrissement et d'anémie des plus marqués. Or, nous le repétons, l'état général s'était toujours maintenu excellent. M... nous a avoué d'ailleurs, dans la suite, qu'il avait tenté de simuler une maladie pour essayer de se faire admettre à la retraite avant le temps réglementaire ; puis, quant il reconnut définitivement l'impossibilité de réussir, il reprit tranquillement son service et ne reparut plus à l'hôpital.

Le 13 novembre 1883 nous avons eu l'occasion de revoir notre simulateur, il était toujours très bien portant, ce qui nous prouva une fois de plus que la grave maladie dont il avait prétendu être atteint n'avait aucunement altéré sa santé malgré sa longue durée.

OBSERVATION VI. — Surdité survenue à la suite d'une fièvre typhoïde.
— Infirmitt guérie, mais alléguée par le sujet longtemps encore après la guérison. (Hôpital maritime de Saint-Mandrier (Var). — Service de M. Bérenger-Féraud.)

Pendant l'épidémie de fièvre typhoïde qui sévit à l'hôpital maritime de Saint-Mandrier, près Toulon, en 1878, le nommé X..., jeune soldat d'infanterie de marine, se trouvait au nombre des hommes les plus gravement atteints ; il fut même si malade, qu'on crut pendant plusieurs jours qu'il succomberait : il présenta un état ataxo-adyynamique des plus inquiétants, des hémorrhagies, des accidents divers, et il n'entra en convalescence qu'après avoir couru les plus grands dangers.

Au moment où il était encore dans le délire, on remarqua qu'il accusait de violentes douleurs d'oreilles, il eut même une légère otorrhée, et à mesure que la raison et la santé lui revinrent, nous nous aper umes en même temps que notre homme était atteint de surdité, accident qui arrive quelquefois, on le sait, à la suite de la dothiénentérie. Ce-

pendant la convalescence s'affirma, les forces reparurent et bientôt la santé sembla être complètement rétablie, mais la surdité persistait. Le sujet paraissait si absolument privé du sens de l'ouïe, que l'idée de réforme vint au médecin en chef et fut partagée par plusieurs personnes compétentes, le directeur du service de santé du port de Toulon, entre autres.

Personne de nous ne songea à mettre cette surdité en doute, elle ne présentait rien d'extraordinaires dans sa cause, et elle s'était manifestée à une période de la maladie qui devait faire exclure *a priori* toute pensée de simulation.

Toutefois, laissant de côté pour le moment la question d'opportunité de la réforme, on présenta le malade au Conseil de santé qui lui donna un congé de convalescence de trois mois, à passer dans ses foyers. Il revint au bout de ce temps, dans un état de santé florissant, mais prétendant toujours être aussi sourd que le jour de sa sortie de l'hôpital.

Pendant un mois, il resta à l'infirmerie du régiment, où il simulait si bien la surdité, que le médecin-major, tout en exprimant certaines réserves, se demanda s'il n'était pas en présence d'une infirmité réelle, et envoya le sujet à l'hôpital de Saint-Mandrier, pour y être soumis à une observation régulière et sérieuse. Je viens de dire tout à l'heure que le médecin-major du régiment avait émis quelques doutes sur la sincérité des allégations formulées par son client; je dois ajouter qu'un des infirmiers avait cru s'apercevoir qu'il y avait de la supercherie dans l'affaire. En conséquence, on fit prendre des renseignements dans la commune où le malade avait passé son congé de convalescence, et on reçut deux certificats absolument contradictoires : le premier, émanant du maire, affirmait que X... était bien réellement atteint de surdité, le second, rédigé par le brigadier de gendarmerie, soutenait positivement le contraire.

A l'hôpital, le sujet jouait son rôle avec une habileté et une persistance remarquables, et la surveillance la plus attentive n'avait pu arriver à découvrir le moindre indice de fraude. Les choses en étaient là lorsque le hasard vint tout à coup révéler la vérité. Un certain jour, une discussion s'éleva entre X... et un de ses camarades d'hôpital, et nous eûmes la chance d'assister à la scène qui se passa entre eux : le motif de la querelle était des plus futiles, mais cela importe peu; ce qu'il y eut d'intéressant pour nous, ce fut de pouvoir constater que si notre infirme frappait comme un véritable sourd, car la dispute n'avait pas tardé à dégénérer en pugilat, il entendait aussi parfaitement bien les arguments et les raisons de son adversaire, et il y répondait avec une facilité qui ne permettait pas d'admettre chez lui la moindre diminution du sens de l'ouïe. La chaleur de la discussion lui avait

Gentilhomme.

fait oublier son rôle. Nous nous étions dissimulé de notre mieux au commencement de la scène; aussi, lorsque nous jugeâmes à propos d'intervenir pour commander le holà, X... resta tout interdit en nous apercevant.

La fraude était ouvertement démasquée, et le lendemain le médecin en chef ayant reproché durement au fraudeur sa mauvaise foi, celui-ci pâlit et rougit tour à tour, assurant qu'il avait été bien réellement sourd pendant quelque temps et qu'il n'était, d'ailleurs, guéri que depuis peu.

Dans ce cas, comme dans bien d'autres du même genre, c'est un hasard heureux qui nous a fait connaître la supercherie. Eu égard aux circonstances, il était, du reste, assez facile à X... de surprendre la religion du médecin. La surdité est, en effet, un accident qui vient compliquer assez fréquemment, on le sait, la fièvre typhoïde, tout médecin en compte un certain nombre d'exemples dans sa clientèle, et, en ce moment même, je puis précisément citer, pour ma part, le cas d'une jeune pêcheuse de Boulogne-sur-Mer qui a été atteinte, ces temps derniers, d'une fièvre typhoïde des plus sérieuses; cette jeune fille est guérie depuis trois mois environ, mais elle est encore aujourd'hui complètement sourde; et pourtant il est bien évident qu'il ne peut y avoir ici aucune raison de supposer même l'idée d'une simulation quelconque.

En résumé, j'ai tout lieu de croire que notre jeune soldat a été réellement frappé momentanément de surdité à la suite de sa fièvre typhoïde : les cas analogues ne sont pas absolument rares, et, de plus, on se souvient que pendant la période d'état de la maladie, le patient avait accusé de violentes douleurs d'oreilles et qu'on avait même constaté un peu d'otorrhée. Au début donc, notre homme était de bonne foi, il était alors réellement sourd; mais à mesure que le sens de l'ouïe lui était revenu avec la santé,

il avait sans doute espéré pouvoir exploiter son infirmité, bien qu'elle soit disparue, pour se faire libérer du service militaire. Voilà pourquoi il nous avait caché la guérison de sa surdité.

Les considérations qui précèdent ont fait que le chef de service s'est contenté de renvoyer le simulateur à son régiment sans le faire punir, enchanté que le hasard lui ait évité l'ennui d'être plus longtemps pris pour dupe.

OBSERVATION VII. — Incontinence nocturne d'urine. — Idiotie. — Enfin, abcès du genou, provoqué par le garou. (Hôpital maritime de Cherbourg. Service de M. Béranger-Féraud.)

Le 4 mars 1882, le nommé N..., jeune soldat d'infanterie de marine, arrivé depuis trois mois seulement au régiment, entre à l'hôpital maritime de Cherbourg, pour incontinence d'urine ». De plus, ce soldat paraissait ne pas comprendre les questions qu'on lui adressait, et il y répondait tout de travers. Mais tout cela était fait d'une façon si grossière et si maladroite qu'il était impossible de ne pas supposer, à première vue, qu'on était en présence d'un simulateur, et que l'incontinence d'urine, aussi bien que l'idiotie, n'étaient que des prétextes invoqués par N... pour essayer de se faire réformer comme impropre au service militaire.

N... fut néanmoins gardé à l'hôpital et mis *en observation*. On le prévint qu'il allait être surveillé avec soin, et que la première fois qu'il urinerait dans ses draps, la nuit, on le ferait coucher par terre. Dès la nuit suivante, il inonda son lit. Le médecin en chef, persuadé qu'il avait affaire à un trompeur, décida de le traiter avec une certaine sévérité, et voici la prescription qui fut faite :

Un quart de ration d'aliments.

Diète absolue de boisson.

Douche en jets de quinze secondes sur les reins.

Trois lavements froids dans le courant de la journée.

De plus, N... couchait sur le parquet, n'ayant pour effets de couchage qu'un oreiller et une couverture.

Pendant quelque temps notre soldat continua à uriner dans son pan-
a lon, la nuit; pourtant au bout de peu de jours, cette infirmité finit

par disparaître; mais, en revanche, les symptômes d'idiotie, constatés au moment de l'entrée à l'hôpital, s'accrochèrent de plus en plus à mesure que l'incontinence d'urine paraissait guérir. L'aventure tournait au grotesque, il fallait en finir, et voici le moyen un peu énergique, mais efficace, qu'employa le chef de service : une chaise fut placée dans la ruelle du lit du malade et on l'y fit asseoir, les yeux tournés vers la muraille, avec défense absolue de bouger, ou de tourner la tête du côté de la salle; il dormait sur la dure; le matin, au branle-bas, on lui donnait sa douche, puis un lavement froid, et on le faisait marcher au pas accéléré jusqu'à ce que la réaction fût bien établie. A ce moment on le faisait asseoir de nouveau dans la position précitée et il y restait jusqu'à l'heure du déjeuner, avec menace, s'il remuait, de se voir privé de vivres. Inutile d'ajouter que c'était là un moyen d'intimidation et rien de plus. A dix heures on lui donnait ses aliments sans qu'il lui fût permis de changer de place. A midi, il recevait un second lavement, et il était aussitôt réintégré sur sa chaise où il restait jusqu'au dîner. Avant la distribution du repas du soir, il prenait son troisième lavement, mangeait sans quitter la chaise, et au branle-bas, on l'obligeait à se rouler dans sa couverture et à demeurer couché sur le parquet jusqu'au lendemain matin. Au bout de quatre jours de ce régime, N... se sentit vaincu, et ne pouvant plus y tenir, il profita d'un moment d'oubli de la surveillance pour se sauver dans le jardin. On courut après lui et on le remplaça sur son siège; le lendemain il s'échappa encore, et cette fois, quand on nous l'amena après cette équipée, nous lui demandâmes pourquoi il s'échappait ainsi; il nous répondit avec un air tout penaud, mais d'un ton qui ne sentait nullement l'idiotie, qu'il ne pouvait plus subir le traitement qu'on lui infligeait. Puis il demanda à reprendre son service. On le mit *exeat* en le menaçant, s'il recommençait, de le faire envoyer aux compagnies de discipline.

N... ne se tint pas encore pour battu, mais l'incontinence d'urine et l'idiotie ne lui ayant pas réussi, il résolut de frapper un grand coup. Le 19 août 1882, nous le voyons, en effet, revenir à l'hôpital, ayant cette fois un phlegmon du genou survenu à la suite de l'insertion, sous la peau, d'un morceau d'écorce de garou. Il fut terriblement malade, car la bourse synoviale prérotulienne d'abord, puis celle qui est entre le muscle droit antérieur et l'articulation du genou, furent envahies par l'inflammation, il fallut faire des ouvertures et des contre-ouvertures multiples, passer des drains, etc.; dix fois on eut peur d'être obligé de lui couper la cuisse. Effrayé par les accidents et vaincu par la douleur, le malheureux fut bientôt au regret d'avoir commis cette extravagance; il ne fut plus question d'idiotie ni d'incontinence

d'urine, et lorsque dans les premiers jours d'octobre, c'est-à-dire près de deux mois après son entrée à l'hôpital, on lui enleva le membre de l'appareil à suspension dans lequel il avait été placé, c'est avec l'accent de la vérité et du repentir qu'il nous promit que la leçon lui profiterait.

Nous avons cité cette observation pour faire voir de quoi est capable un individu qui veut à tout prix se soustraire aux obligations du service militaire. N... faillit payer de la vie ou tout au moins de la perte d'un membre sa coupable imprudence. En dehors de cela, l'observation en elle-même ne présente qu'un fort médiocre intérêt, c'est un exemple de la simulation la plus grossière. L'incontinence d'urine et l'idiotie sont, en effet, de ces maladies simples qui, en raison de leur simplicité même, peuvent néanmoins mettre souvent le médecin dans l'embarras, surtout si le simulateur est doué d'une certaine dose d'intelligence et de ténacité. Cependant, malgré les avantages qu'ils peuvent présenter, les cas de ce genre diminuent de jour en jour, et il en est de même des cas d'épilepsie, de surdi-mutité, de sciatique, etc., qui étaient, au contraire, invoqués à chaque instant comme motifs de réforme, il n'y a pas encore bien longtemps, et je me rappelle parfaitement qu'au début de mes études médicales, en 1868 et 1869, j'eus l'esprit frappé par le nombre, relativement considérable, de faux épileptiques et de sourds-muets apocryphes que l'on nous signalait dans les salles de l'hôpital maritime de Brest. On en rencontre infiniment moins aujourd'hui.

OBSERVATION VIII. — Abscès à la partie antérieure de la jambe droite, provoqué à l'aide de l'introduction d'un fragment d'écorce de garou dans le tissu cellulaire sous-cutané de la région. (Hôpital de Cherbourg. Service de M. Bérenger-Féraud.)

Le 23 août 1882, le nommé J..., matelot à bord de la *Sérieuse*, entre à l'hôpital maritime de Cherbourg sous prétexte de varices à la jambe droite, et demande un bas élastique. La *Sérieuse* est une ancienne frégate sur laquelle on embarque les matelots qui sortent des compagnies de punition, et dans ce milieu, naturellement les cas de simulation et de fraude de toutes espèces abondent. Les varices accusées par le sujet sont si peu marquées qu'on juge inutile de lui délivrer le bas élastique qu'il réclamait, et on le renvoie à son bord, le 26 août, trois jours après son entrée. Ce n'était pas le compte de J... qui avait espéré prendre un certain temps de repos. Au moment de quitter la salle, il dit aux infirmiers qu'il était venu à l'hôpital pour y passer une semaine, et que, puisqu'on le renvoyait avant cette date, il saurait bien trouver le moyen de revenir bientôt.

En effet, dès le 29 du même mois, nous le voyons apparaître de nouveau dans notre service, présentant un abcès à la partie antérieure et moyenne de la jambe droite.

En examinant avec soin la région qui était le siège de l'abcès, on constata l'existence, à ce niveau, de deux petits points noirâtres assez nettement visibles au milieu de la partie enflammée. L'abcès fut alors ouvert, et l'incision donna issue à une notable quantité de pus mal lié, composé de grumeaux nageant dans un liquide séro-purulent et exhalant une odeur fétide. On découvrit ensuite, au milieu de la suppuration, un petit corps d'apparence brunâtre, solide, mais s'émiettant à la moindre pression; cette substance fut examinée au microscope et on reconnut qu'elle était composée de fibres de tissu végétal.

Il n'est pas nécessaire d'avoir exercé longtemps la médecine dans les pénitenciers ou dans les compagnies de discipline pour être immédiatement fixé sur la valeur diagnostique des signes que nous venons d'énumérer. Ce sont, en effet, les signes caractéristiques des abcès provoquant l'introduction, sous la peau, d'une fine lanière d'une substance irritante quelconque, et, en particulier, de l'écorce du *daphne gnidium* ou *mezereum*, vulgairement connu sous le nom de sain-bois ou garou. L'opération est simple et facile : l'écorce en question, taillée en lamelles excessivement ténues, est passée dans le tissu cellulaire sous-cutané, à la manière d'un séton dont il est assez aisé de retrouver les

deux ouvertures d'entrée et de sortie, pourvu que l'on examine attentivement la région avant de procéder à l'ouverture de la collection purulente qui a été le résultat de la manœuvre ci-dessus décrite. C'est du reste, un fait d'observation parfaitement authentique que les abcès provoqués comme nous venons de le dire, donnent habituellement naissance à un pus grumeleux et fétide, tout à fait reconnaissable pour un médecin tant soit peu expérimenté.

Dans le cas de J..., le doute n'était pas permis : on avait constaté les deux ouvertures du séton provocateur, le pus présentait bien les caractères propres à ces sortes d'abcès, et enfin le corps du délit avait été révélé par le microscope.

Nous étions donc incontestablement en présence d'un abcès provoqué par l'introduction, dans le tissu cellulaire, d'un fragment d'une écorce ligneuse, irritante, et très probablement d'une lanière d'écorce de garou, car l'expérience nous a démontré que, dans les cas analogues, c'est cette substance qui est, sinon toujours, au moins le plus communément employée.

La fraude était évidente, palpable en quelque sorte.

Voici la prescription qui fut faite après l'ouverture de l'abcès : un quart de ration d'aliments sans vin.

Cataplasmes. — Suspension du membre de manière à retenir le malade dans son lit.

Cette médication si simple fut suivie d'un excellent résultat, et, le 19 septembre, c'est-à-dire au bout de trois semaines environ, la guérison était complète. Dans l'intervalle, J... nous avait demandé à plusieurs reprises de faire cesser la suspension, mais elle fut rigoureusement maintenue jusqu'au jour de la sortie, de sorte que notre homme en fut pour ses frais et n'eut même pas la compensation de passer une bonne semaine à l'hôpital comme convalescent. Comme nous avions affaire à un mauvais sujet avéré, nous prévinmes en outre son commandant de la supercherie employée. J... fut sévèrement puni et ses compagnons se tinrent dès lors pour avertis ; ils comprirent qu'il n'y avait pas à plaisanter, et depuis ce jour, nous n'avons plus vu aucun matelot de la *Sérieuse* venir à l'hôpital pour des abcès de ce genre, chose qui se présentait à chaque instant auparavant.

Ce n'est pas là, à proprement parler, un cas de maladie simulée, c'est plutôt une affection provoquée, car les moyens mis en œuvre ont amené un abcès véritable. J'ai néanmoins donné cette observation, car elle m'a remis en

mémoire les nombreux cas absolument identiques que j'ai eu l'occasion d'observer à l'hôpital du Pénitencier, dépôt de l'île Nou, pendant mon séjour en Nouvelle-Calédonie. C'était même, je ne crains pas de le dire, le mode de suppuration le plus fréquemment mis en usage par les condamnés aux travaux forcés et en particulier par les condamnés de la quatrième classe qui forment le rebut de la population du bagne. Les abcès provoqués par le garou étaient si communs qu'il ne se passait pas de jour sans qu'on eût l'occasion d'en constater quelques nouveaux cas.

Il ne s'agit plus, au bagne, comme cela a lieu dans le service militaire, d'obtenir un congé de réforme ou de convalescence ; l'objectif de chaque condamné se borne à tâcher de se procurer le plus d'adoucissemens possibles à la peine qu'il est obligé de subir ; or, l'hôpital remplit toutes les conditions de bien-être désirable et de liberté relative, et chacun cherche, par tous les moyens, à s'y faire admettre. La meilleure condition pour y arriver, c'est naturellement de présenter une maladie bien évidente et qui saute tout d'abord aux yeux du médecin. Aussi les affections aiguës qui se révèlent par des symptômes inflammatoires indiscutables et qui exigent un traitement immédiat sont-elles le plus habituellement simulées ou même provoquées au besoin par les intéressés. Les abcès offrent cet avantage, si je puis m'exprimer ainsi, et il n'y a pas lieu de s'étonner si on les rencontre en aussi grande proportion dans les pénitenciers.

En 1878 j'ai eu occasion de remplir, pendant quelques mois, les fonctions de médecin aide-major à la compagnie des disciplinaires de Saint-Louis au Sénégal, et je me souviens fort bien avoir constaté à cette époque, parmi ces

militaires, un cas semblable, cas très grave d'ailleurs et qui se termina par la mort. Le soldat dont je parle avait voulu simuler un bubon au pli de l'aîne droite ; il eut recours au sainbois pour cela ; il s'y prit peut-être maladroitement ; mais ce qui est certain, c'est qu'il se produisit une inflammation énorme et qu'il survint un décollement considérable de la peau de la région inférieure de l'abdomen et supérieure de la cuisse : bref, le sujet, qui était déjà fort anémié à la suite d'un séjour prolongé dans cette colonie malsaine, finit par mourir épuisé par la suppuration et victime de son imprudence.

La *Sérieuse*, il ne faut pas l'oublier, est un navire de matelots détenus, et il est tout naturel de trouver parmi l'équipage des habitudes en tout semblables de celles que l'on rencontre chez les condamnés de toutes les catégories.

Les observations qui précèdent montrent avec quelle persévérance, et souvent quelle habileté, certains individus cherchent à éluder les obligations du service militaire, ou essayent de retirer un bénéfice quelconque de maladies plus ou moins factices. Quelques-uns, et ce sont les plus maladroits, ont encore recours à ces ruses grossières et surannées qui consistent à *alléguer* la surdi-mutité, l'incontinence d'urine, etc. Je dois ajouter que les simulateurs de cette espèce deviennent de plus en plus rares ; d'autres, sans aller jusqu'à inventer de toutes pièces une maladie ou une infirmité qui n'existe pas, se contentent d'*exagérer* la gravité des affections plus ou moins sérieuses dont ils peuvent être atteints, et ceux-là sont les plus habiles et, partant, les plus difficiles à démasquer ; cette catégorie devient de jour en jour plus nombreuse. Enfin, les derniers,

quand ils se trouvent à bout de ressources, n'hésitent pas à se mutiler volontairement et à *provoquer* ainsi des maladies réelles pour se soustraire aux obligations que la loi leur impose.

La perspicacité et la science du médecin militaire ont donc, on le voit, de quoi s'exercer amplement. Mais il faut bien se garder aussi de tomber dans l'exagération qui consiste à voir des simulateurs partout. Nos soldats et marins sont, en définitive, pour la plupart, de braves et honnêtes garçons à qui la simulation répugne en général, et, pour ce qui me regarde, dans les cas douteux, je me sentirais toujours porté à pécher par excès d'indulgence plutôt que par excès de sévérité.

Il ne manque, d'ailleurs, pas d'exemples pour nous commander la plus grande circonspection dans cette matière extrêmement délicate; en voici un exemple entre mille.

OBSERVATION IX. — Abscess enkysté du cerveau méconnu pendant la vie et découvert à l'autopsie. (Observation tirée des notes de M. Béran-ger-Féraud. — Hôpital de Saint-Mandrier, près Toulon.)

On apporta un jour, à l'hôpital de Saint-Mandrier, un matelot provenant du vaisseau-école des canonnières. Le billet d'entrée, signé par le médecin-major du bâtiment, disait que cet homme avait été longtemps exempté de service pour des douleurs de tête persistantes, et que, sauf un peu d'otorrhée, on n'avait jamais constaté aucun symptôme morbide bien sérieux. Le médecin croyait que ce matelot voulait échapper à l'obligation d'apprendre le canonage, et il l'envoyait à l'hôpital pour qu'on l'observât et qu'on décidât s'il était ou non réellement malade. A son entrée dans la salle, le sujet se plaignait toujours de douleurs de tête permanentes très pénibles, mais en dehors de cette affirmation, très précise d'ailleurs, il ne disait rien de bien probant. C'était un garçon de 22 ans, de constitution athlétique, à face colorée, sans fièvre; le pouls était au contraire très lent et battait 52 pulsations à la minute.

On prescrivit un purgatif pour le lendemain matin, et une application immédiate de quatre sangsues aux apophyses mastoïdes. Puis, le médecin en chef, supposant d'après les renseignements fournis qu'il pouvait avoir affaire à un simulateur, fit un tableau effrayant des moyens de traitement qu'il se proposait d'employer dans la suite : vésicatoires sur la tête, cautérisations au fer rouge, etc., etc. Cette énumération terrifiante, faite de l'air le plus naturel du monde, ne parut pas impressionner le malade. Cependant l'infirmier était allé chercher les sangsues prescrites, et la visite n'était pas encore terminée que notre homme, qui paraissait plein de santé, mourait subitement. Au moment où la première sangsue avait mordu la peau sur l'apophyse mastoïde, il avait eu une syncope et avait trépassé. Tout effort pour le rappeler à la vie fut inutile. On comprendra sans peine l'étonnement du médecin en chef et de son entourage. L'ouverture du cadavre pouvait seule donner le mot de l'énigme; aussi, dès le lendemain on se rendit à l'amphithéâtre pour établir le diagnostic sur la table d'autopsie, et voici ce que l'on constata : Apparence de musculature superbe. Rien dans le thorax, ni dans l'abdomen. A l'ouverture de la boîte crânienne, tout paraissait, au premier aspect, être là aussi en parfait état; mais au moment où on enleva du crâne le cerveau et le cervelet, on vit tout à coup tomber sur la table un corps blanchâtre, ovoïde, semblable pour la couleur, le volume et la forme, à un œuf d'oie. C'était un abcès enkysté du lobe cérébral qui avait déchiré par son poids la mince lame de substance encéphalique qui le recouvrait. Le rocher portait en outre des traces de carie osseuse, et voici, en deux mots, le tableau des phénomènes qui s'étaient succédé : otite interne et moyenne, carie du rocher, abcès du cerveau produit par action de voisinage et non par transport direct du pus osseux à travers une éraillure de la dure-mère, car celle-ci, ainsi que la substance cérébrale, étaient parfaitement saines à l'endroit correspondant. C'est donc cet abcès du cerveau, méconnu pendant la vie, qui avait occasionné les violentes douleurs accusées par le malade, douleurs qui avec la lenteur du pouls étaient les seuls symptômes apparents. Pour expliquer la mort subite du sujet au moment de son entrée à l'hôpital, faut-il mettre cette mort sur le compte de l'émotion? Faut-il, au contraire, ne voir dans cet accident que le simple concours du hasard? Ce qui est certain, c'est que la mort est survenue brusquement, au moment où notre malheureux matelot était soupçonné de simuler une maladie pour échapper aux obligations de son service.

Voilà certes un exemple bien fait pour inspirer la plus

extrême réserve au médecin appelé à se prononcer dans un cas de simulation.

Qu'il me soit permis de citer encore à ce propos le fait suivant, qui m'a été raconté dernièrement par mon excellent ami le D^r Ropert :

« C'était à Brest, un jour de branle-bas de combat général; on avait supposé une attaque de la ville par l'ennemi, et tous les corps de troupes de la garnison avaient reçu chacun un poste de combat. Les marins de la division devaient défendre le fort du Porzic, situé à 6 kilomètres environ de distance. Le détachement était parti de la division à sept heures du matin. Vers neuf heures, un gabier d'apparence robuste revient trouver le docteur, prétendant n'avoir pu faire la route; il accusait de la toux, de l'oppression, des douleurs vagues dans la poitrine; il disait de plus avoir craché du sang; mais, au moment même où il dénonçait ces symptômes, les crachats ne présentaient aucun caractère suspect : le pouls était à 60, la température à 37,8. On ne constatait rien non plus à la percussion ni à l'auscultation. » Ce gabier ne présentait donc aucun signe sérieux de maladie, et pourtant, le lendemain, le même médecin qui l'avait examiné la veille, dut l'envoyer à l'hôpital pour une pneumonie nettement caractérisée.

Enfin, tout récemment, à bord de l'avisos la *Mouette*, où je remplis les fonctions de médecin-major, je viens d'être témoin d'un cas assez curieux. Un matelot est surpris, la nuit, par le maître de quart, urinant dans les souliers du maître charpentier. Naturellement une punition est infligée au délinquant; mais celui-ci proteste contre la punition, assure qu'il n'est pas coupable, et affirme qu'il n'a aucun souvenir du fait qu'on lui reproche; il ajoute qu'il est somnambule et qu'il lui est déjà arrivé plusieurs fois,

la nuit, d'accomplir certains actes dont il n'avait plus le moindre souvenir à son réveil. Le lieutenant me soumit le cas, mais il était bien évident que je ne pouvais me prononcer carrément dans l'espèce. Depuis que ce matelot était au service, on n'avait jamais constaté chez lui aucun accès de somnambulisme, mais ce n'était pas une raison pour nier *a priori* et absolument la possibilité du fait.

D'un autre côté, je sais bien qu'en admettant trop facilement de semblables allégations, on pourrait autoriser des abus regrettables. Aussi, tout en avertissant mon homme que j'allais le surveiller d'une façon toute particulière, je priai l'autorité du bord de suspendre la punition, ce qui fut fait aussitôt. Il s'agissait, d'ailleurs, d'un excellent serviteur, très discipliné, et à qui on n'avait eu jusque-là aucun reproche grave à adresser; je ne crois donc pas avoir été la dupe d'un mauvais plaisant dans cette circonstance; mais en eût-il été ainsi que j'agirais encore de la même façon dans des cas analogues; car, je le répète, je serai toujours disposé à user d'indulgence, plutôt que de m'exposer à commettre une erreur préjudiciable à un des hommes confiés à mes soins.

Avant de terminer ce travail, et pour lui servir de complément pour ainsi dire, je désire consigner ici quelques réflexions sur les maladies simulées au bagne de la Nouvelle-Calédonie, par les condamnés à la transportation, réflexions qui m'ont été suggérées par ma longue pratique des pénitenciers, où j'ai exercé pendant près de trois ans.

Dans ce milieu tout spécial, le but de chaque individu est d'arriver à entrer à l'hôpital où on est bien nourri, bien

couché, exempté de tout travail et soustrait jusqu'à un certain point à la discipline générale du Pénitencier ; aussi la simulation des maladies, dans cet établissement, est-elle élevée à la hauteur d'une institution. On ne se fait pas une idée du nombre de ruses inventées par les condamnés, pour surprendre la religion du médecin. Je ne veux pas énumérer ici tous les cas curieux que j'ai eu l'occasion d'observer, pendant la période durant laquelle j'ai servi à l'hôpital de l'île de Nou ; il y aurait là matière à un travail fort intéressant, mais ce n'est pas le but de la présente étude. Je veux simplement attirer l'attention sur ce point particulier, à savoir : que les maladies simulées ne sont pas tout à fait les mêmes dans l'armée et dans les bagnes. Dans ces deux cas, en effet, les intérêts des individus en cause ne sont pas identiques, et il est tout naturel que les moyens employés diffèrent selon le résultat qu'on cherche à obtenir.

Il y a bien une catégorie dite des *Impotents*, dans laquelle tout forçat a le droit d'être admis à l'âge de 60 ans, mais dans laquelle aussi, on peut être classé avant cet âge, en raison de certaines infirmités ou maladies, prévues par les règlements et constatées par le médecin. Ces invalides du bagne, si l'on peut s'exprimer ainsi, ne sont astreints qu'à des travaux légers et sont même, dans quelques cas, exemptés de tout travail.

Le classement aux *Impotents* est donc naturellement fort envié, et amène fréquemment à la visite bien des exagérations dans les maladies et leurs conséquences, au point de vue du travail possible.

Malgré cela, les infirmités telles que surdité, cécité, paralysies diverses, etc., etc., sont assez rarement exploitées

par les condamnés, qui n'en retirent pas un bénéfice suffisant à leur avis.

De même tous les cas de maladies chroniques comportant la réforme, et qui sont de beaucoup les plus communs parmi nos soldats, sont, sinon inconnus dans les pénitenciers, du moins très peu nombreux; tandis que la proportion doit, au contraire, être renversée pour les affections aiguës nécessitant un séjour plus ou moins prolongé à l'hôpital, considéré, à juste titre, comme un lieu de repos, un éden dans cet enfer qui s'appelle le bagne. Aussi les cas de paralysies, de contractures, d'ankyloses, d'épilepsie, d'incontinence nocturne d'urine, etc., etc., qui pullulent dans les régiments et les hôpitaux militaires, sont des affections assez rarement invoquées par les condamnés aux travaux forcés, qui simulent au contraire de préférence les maladies aiguës les plus variées. Je citerai, comme exemples, les deux cas suivants qui avaient particulièrement attiré mon attention, car ils se présentèrent au moment où je prenais le service de l'île Nou.

OBSERVATION X. — Erysipèle de la face. — Insufflation d'air dans le tissu cellulaire sous-cutané.

Le nommé X..., condamné aux travaux forcés, est envoyé d'urgence à l'hôpital par le surveillant de son peloton. Le matin, ce condamné était très bien portant et s'était rendu comme d'habitude sur les chantiers sans demander à être présenté à la visite du médecin du camp. A son arrivée à l'hôpital, on constate un gonflement très apparent de la tête; la peau de la face est dure, tendue, luisante, quoique d'une coloration normale ou à peu près. Le malade accuse des douleurs très vives; d'ailleurs pas de fièvre, pas d'enduit saburral des premières voies, la langue est belle. Au premier abord, on pourrait être tenté de croire à un érysipèle de la face, mais cette idée ne peut pas subsister longtemps : on ne trouve, en effet, ni la rougeur caractéristique de la peau,

ni ces bords nets et gaufrés, taillés à pic en quelque sorte, qui limitent les plaques érysipélateuses; enfin le thermomètre n'accuse aucune élévation de la température. Un médecin qui pratique au bain pour la première fois, peut être et est, en effet, nécessairement embarrassé en présence de pareils faits; mais il suffit d'avoir exercé quelque temps dans ce milieu pour savoir de suite à quoi s'en tenir. Il s'agit ici tout simplement d'une insufflation d'air dans le tissu cellulaire sous-cutané. Pour découvrir la fraude, il n'y a qu'à comprimer avec la pulpe du doigt un point quelconque de la surface de la peau tuméfiée, et l'on perçoit nettement cette crépitation caractéristique produite par le passage de l'air à travers les vésicules du tissu cellulaire que l'insufflation a déchirées et distendues. Une petite piqure à la surface interne de la muqueuse buccale, une paille et un camarade complaisant, voilà tout ce qu'il faut pour produire le phénomène.

Les cas de ce genre se représentent souvent. Le tissu cellulaire du scrotum est également un lieu de prédilection pour cette sorte de supercherie naïve qui ne trompe plus personne.

OBSERVATION XI. — Ballonnement du ventre. — Météorisme produit sans doute par déglutition.

X..., condamné aux travaux forcés à perpétuité, vient un matin à la visite, présentant un ballonnement énorme de l'abdomen; cet accident remontait d'après lui à trois ou quatre jours, et était survenu sans cause appréciable. En examinant le sujet avec soin, je trouve le ventre très sensiblement augmenté de volume; la peau est lisse, tendue, mais de coloration normale; tympanisme exagéré, pas de douleur à la pression; la percussion, la palpation, l'examen le plus attentif, en un mot, ne donnent pas de signes de la présence d'un liquide quelconque dans la cavité abdominale. Pas de fièvre. Rien au cœur; rien du côté du foie, ni d'aucun autre organe. J'étais fort embarrassé: je me souvins alors que mon prédécesseur, en me rendant le service, m'avait parlé d'un cas analogue comme provenant du fait d'une simulation habile aidée par une aptitude spéciale du sujet à déglutir, à volonté, une quantité d'air plus ou moins notable. Je fus persuadé dès lors que j'avais affaire à mon simulateur qui, profitant du changement de médecin, vou-

lait, pour tâter le nouveau-venu, essayer, une fois encore, si sa ruse pourrait réussir. Je le fis surveiller la nuit et j'obtins ainsi la conviction que je ne m'étais pas trompé dans mes soupçons. J'aurais donc pu surprendre mon individu en flagrant délit pendant son sommeil, mais je préférais le forcer à capituler et à avouer lui-même sa fraude. En conséquence, je feignis de croire à la réalité d'une affection sérieuse, et je dis à mon homme que j'allais le débarrasser de son mal. J'ajoutai que je croyais à la présence d'une quantité énorme de liquide dans le ventre et que j'allais faire évacuer ce liquide à l'aide d'une ponction. Je commandai à l'infirmier de préparer les instruments nécessaires pour pratiquer la paracentèse abdominale, tout en prévenant le sujet que l'opération, très simple s'il y avait du liquide, pourrait, au contraire, devenir très grave et même compromettante pour la vie au cas où mon diagnostic serait faux. X... me supplie alors de suspendre l'opération; j'insiste et mon homme finit par m'avouer que sa maladie n'était qu'une feinte et qu'il se faisait gonfler le ventre à volonté; il avait usé de cette singulière faculté pour simuler une maladie et tâcher d'obtenir ainsi quelques jours de repos.

En effet, son ballonnement diminuait à vue d'œil et, au bout de quelques instants, l'abdomen avait repris ses dimensions ordinaires et son volume normal.

J'ai souvent revu cet homme depuis, et l'ai montré, à titre de curiosité, à plusieurs de mes camarades qui sont venus visiter le pénitencier de l'île Nou.

Je vois encore X..., sur mon invitation, se frapper sur le ventre avec un geste canaille, et dire d'un accent faubourien que je me rappelle toujours, ces deux mots sacramentels : « Gonflez Nadar ! » Aussitôt le ventre augmentait de volume, régulièrement, rapidement, et arrivait bientôt à présenter un développement considérable. La diminution, le dégonflement, si je puis m'exprimer ainsi, s'opérait d'ailleurs aussi vite, et avec la même facilité.

Je cite cette observation, car elle me semble curieuse au point de vue du mécanisme de la production de ce tympanisme remarquable qui en imposait à première vue. Il est probable que le nommé X... était arrivé, par suite d'une disposition organique particulière, quelque chose comme la contre-partie du mérycisme, ou bien à l'aide d'une gymnastique étudiée des organes de déglutition, à avaler une

quantité considérable d'air qui produisait ce météorisme étonnant.

Quant aux maladies *provoquées*, elles sont aussi très fréquentes au bagne : Ce sont principalement des affections chirurgicales, plaies ou blessures de toutes sortes et surtout des abcès, dus à l'introduction de l'écorce de garou dans le tissu cellulaire.

Il n'est pas jusqu'aux maladies vénériennes elles-mêmes, si nombreuses d'ailleurs au bagne, qui ne soient, dans bien des cas, provoquées ou simulées.

La fréquence de ces sortes de maladies peut paraître étrange à première vue, mais elle n'étonne plus personne, quand on connaît les instincts vicieux auxquels obéissent un grand nombre de condamnés.

La syphilis proprement dite est rarement provoquée volontairement, je crois ; elle est presque toujours le résultat d'une contagion directe, suite de rapports anormaux, et elle se transmet normalement, si je puis m'exprimer ainsi, grâce à la pratique courante des habitudes contre nature qui sont d'un usage journalier dans les pénitenciers.

Je ne veux pas affirmer cependant, que cette maladie ne soit jamais le fait de l'inoculation volontaire ; des cas de ce genre peuvent et doivent même se présenter quelquefois, mais je n'en connais pas d'exemples authentiques, pour ma part.

Quant à ce qui concerne l'urétrite, c'est tout le contraire, et l'inflammation du canal de l'urèthre est pour ainsi dire toujours provoquée par les malades, lesquels n'ont, du reste, que l'embarras du choix, pour amener une irritation artificielle plus ou moins vive de la muqueuse uréthrale.

Je n'énumérerai pas, on le comprend, tous les moyens employés par les condamnés, pour se procurer des uréthrites factices, ils sont aussi variés qu'ingénieux ; je me contenterai de noter que l'écorce du garou est encore, ici, un des agents les plus habituellement mis en usage.

Comme on le voit, tous les moyens sont bons pour se faire admettre à l'hôpital ; or les maladies réelles, spontanées ou non, y mènent sûrement : voilà pourquoi les condamnés n'hésitent pas à se mutiler volontairement pour arriver à leurs fins. Ces mêmes maladies provoquées sont infiniment moins communes parmi les marins et les soldats, sauf parmi les condamnés militaires dont les habitudes et les intérêts se rapprochent beaucoup de ceux des autres condamnés.

Je pourrais multiplier les cas curieux de maladies simulées ou provoquées dans les pénitenciers, j'en ai cité, d'ailleurs, quelques exemples dans la première partie, en traitant de la simulation en général. Je ne m'étendrai pas davantage sur ce sujet, car je le répète, dans ce travail, mon but est d'étudier surtout la simulation des maladies dans le service militaire, et je n'ai parlé du bagne que d'une façon tout à fait incidente.

Pour plus amples détails sur cette question, je ne puis mieux faire que de renvoyer à la thèse du D^r Benoît (Nancy, 1881), qui présente un tableau aussi complet et aussi intéressant que possible des maladies simulées ou provoquées observées dans les pénitenciers de la Nouvelle-Calédonie.

TROISIÈME PARTIE

CONCLUSIONS

Dans les pages qui précèdent, nous avons essayé d'apporter une faible contribution à l'étude de la simulation des maladies dans le service militaire.

Nous sommes heureux de faire remarquer, en terminant, que, d'après les rapports de la plupart des médecins de l'armée de terre et de la marine, les cas de simulation paraissent devenir de plus en plus rares. Je fais une exception, bien entendu, pour les condamnés aux compagnies de discipline, travaux publics, etc., etc., où les simulateurs se rencontrent toujours naturellement en très grand nombre. Par contre, le nombre des malades *exagérant* leurs maladies ne diminue pas ; il semblerait plutôt augmenter d'une manière fort appréciable, et c'est là un point sur lequel l'attention de nos confrères doit surtout se tenir en éveil.

D'un autre côté, si le nombre des simulateurs paraît devenir moins considérable, les maladies simulées elles-mêmes semblent aussi vouloir changer de nature et nécessiter quelques modifications dans les modes d'investigation. C'est là une étude particulière que fait instinctivement

tout médecin qui débute dans un régiment, à bord d'un navire, ou à l'hôpital militaire, étude qui lui permet, en général, d'arriver bien vite à démasquer facilement les ruses, le plus souvent naïves ou grossières, de nos soldats ou marins.

Nous citerons, à ce sujet, le passage suivant emprunté à la brochure du D^r Zuber sur les *Maladies simulées dans l'armée moderne*.

« L'armée moderne n'est que le reflet de l'état social et de la nation elle-même. Un pays libre, riche, instruit jusque dans ses couches profondes, fournira nécessairement une armée dont les éléments constitutants seront eux-mêmes en position d'une certaine aisance, d'une certaine indépendance de caractère, d'une certaine instruction. C'est ce dernier point qui est important dans le cas qui nous occupe. Depuis que la loi de 1873 a institué pour tous le service personnel, depuis que les moyens d'apprendre sont répandus libéralement jusque dans les localités les plus reculées, le niveau général de l'instruction dans l'armée a considérablement haussé : l'intelligence individuelle s'est aiguisée et perfectionnée. Aussi les maladies simulées ont-elles changé d'aspect : les moyens grossiers, réédités de la Cour des Miracles, ont définitivement disparu pour faire place à des moyens simples, corrects, presque scientifiques, en tous cas jamais ridicules. »

A l'appui des assertions contenues dans le paragraphe précédent, l'auteur cite l'observation d'un soldat du troisième bataillon d'Afrique, ancien étudiant en médecine, qui, guidé par ses connaissances professionnelles spéciales, avait eu l'idée ingénieuse de simuler une éruption de zona; l'éruption en question avait été provoquée au moyen de piqûres faites avec trois aiguilles réunies, trempées dans une

solution de tartre stibié; le malade se plaignait, en outre, de douleurs spontanées et provoquées le long de l'espace intercostal, du type névralgique le plus marqué. Bref, c'était une simulation très habilement imaginée de zona, avec tout le cortège des symptômes ordinaires de cette affection : éruption, douleurs névralgiques, etc., etc.

La ruse fut néanmoins découverte, et le simulateur finit par avouer sa fraude.

Enfin, ces jours derniers, je lisais dans un compte rendu d'une séance de l'Académie de médecine l'histoire curieuse d'un jeune collégien présenté par M. Bergeron, comme atteint de « chromidrose rose. » Le collégien en question est un adolescent d'une douzaine d'années. Il porte à la région sous-maxillaire gauche un cercle rougeâtre semblable à une éraflure de la peau. Ce cercle est couvert d'une matière rouge qui tache le col de la chemise. Mais la tache, au lieu de brunir en s'oxydant à l'air, conserve une nuance carminée très vive. Il paraît dès lors peu probable que ce soit du sang. Cependant M. Leroy de Méricourt, qui est en train d'étudier le sujet, dit avoir examiné la matière au microscope et y avoir distingué, au milieu des débris de l'épiderme, des *grains*... Sur ces entrefaites, M. Cornil, qui vient de soumettre à divers réactifs la matière en question, croit pouvoir affirmer que c'est simplement une couleur d'aniline. Si cette dernière opinion est exacte, la chromidrose ne serait donc ici que le résultat d'une habile simulation de la part du jeune collégien.

Je serais bien mal venu à vouloir donner mon avis dans ce cas qui divise des savants tels que MM. Cornil et Leroy de Méricourt; mais le fait ne me semble pas moins digne de remarque. Il prouve, en effet, comme le précédent, que, grâce au nombre relativement considérable de jeunes gens

instruits que la loi militaire actuelle appelle sous les drapeaux, on doit s'attendre à voir simuler toutes les maladies, même les plus rares, les plus singulières et les plus récemment connues. On peut dire que si le nombre des simulateurs diminue, les moyens employés par eux se perfectionnent de jour en jour, et la qualité supplée en quelque sorte à la quantité.

Il faut donc, et ce sera notre conclusion, il faut, dis-je, que fidèle à son mandat, le médecin militaire redouble d'attention et de vigilance dans l'examen des malades soumis à son observation : s'il doit être habile à déjouer les tentatives des simulateurs, il ne faut pas pourtant qu'il s'obstine aveuglément à voir partout et toujours des hommes malintentionnés dans tous les individus qu'on lui présente comme tels. De plus, il doit se souvenir constamment que c'est par la parfaite connaissance des habitudes du soldat et des maladies alléguées et simulées, par l'observation sagace et assidue des cas particuliers, par l'emploi judicieux des moyens perfectionnés d'investigation, par la *science*, en un mot, qu'il arrivera à remplir convenablement sa mission, laquelle peut se résumer dans les deux propositions suivantes :

1^o. Défendre les intérêts de l'Etat;

2^o Sauvegarder les intérêts du soldat, tout en évitant de se laisser prendre aux pièges des simulateurs.

QUESTIONS

SUR LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES.

Physique. — Action de la pesanteur sur les corps ; son application au corps de l'homme.

Chimie. — De l'oxygène et du soufre. Leurs propriétés caractéristiques et leurs modifications (ozone, soufre mou).

Pharmacie. — Qu'entend-on par pilules ? Comment les prépare-t-on ?

Histoire naturelle. — Fonctions de la feuille.

Physiologie. — De la menstruation.

Pathologie interne. — Du rhumatisme nouveau.

Pathologie externe. — Du panaris.

Pathologie générale. — De l'ascite.

Anatomie pathologique. — Quelles sont les lésions anatomiques dans l'ataxie locomotrice ?

Accouchements. — Symptômes et traitement de l'éclampsie.

Thérapeutique. — De l'expectoration dans les maladies.

Médecine opératoire. — Des appareils inamovibles et de leur mode d'application.

Médecine légale. — Quels sont les signes de la mort par submersion ?

Hygiène. — Hygiène des nouveau-nés.

Anatomie. — Idée générale du squelette.

Vu par le président de la thèse,
PÉTER.

Vu, bon et permis d'imprimer,
Le vice-recteur de l'Académie de Paris,
GREARD.